

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 127

LE
PROBLÈME POST-SANATORIAL

LA CITÉ SANTAIRE POUR TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 Avril 1932

PAR

Aimé-Rodolphe COLLET

ANCIEN EXTERNE ET LAURÉAT DES HÔPITAUX
ANCIEN ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 10 mai 1906.

Examinateurs de la Thèse	}	MM. LEURET, professeur.....	Président.
		DUPÉRIÉ, professeur.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 127

LE

PROBLÈME POST-SANATORIAL

LA CITÉ SANITAIRE POUR TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 Avril 1932

PAR

Aimé-Rodolphe COLLET

ANCIEN EXTERNE ET LAURÉAT DES HÔPITAUX
ANCIEN ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TOULON (Var), le 10 mai 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEURET, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUPÉRIÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		DAMADE, agrégé.....	
		PIÉCHAUD, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

{ CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE, DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE GEORGES

Dans mon pieux souvenir subsistera
toujours le vivant exemple de vos solides
vertus chrétiennes.

A MA FEMME

A MES FILS GEORGES ET MICHEL

A MON FRERE PAUL

Tu as été pour moi l'ainé indulgent et bon. A ton contact, j'ai mieux compris et mieux aimé la profession où j'entre à mon tour. Je t'en remercie.

A MES SOEURS NELLY ET YVONNE

Il m'est très doux d'exprimer ici ma profonde reconnaissance à celles qui m'ont constamment entouré de leur dévouement affectueux si maternel.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de mon sincère attachement.

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIALARD

*Officier de la Légion d'honneur,
Médecin en Chef C. R. de la Marine,
Ancien Professeur aux Ecoles de Médecine navale,
Membre correspondant de la Société médicale
des Hôpitaux de Paris,*

Ce modeste témoignage de mon inaltérable gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CAUSSIMON

*Ancien Interne des Hôpitaux,
Médecin résidant du Sanatorium Arnozan.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PIECHAUD

*Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin du Sanatorium Arnozan,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEURET

*Professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef du Sanatorium Xavier-Arnoz,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales — au terme desquelles nous arrivons aujourd'hui — nous avons eu le privilège, durant trois années, de compter au nombre des élèves du Professeur Leuret, dans le bel établissement qu'il dirige : le Sanatorium Arnozan.

Nous n'oublierons pas le Maître qui nous accueillit et nous aida. Grâce à lui, il nous a été possible — alors qu'elles étaient gravement compromises — d'achever nos études dans des conditions exceptionnelles. Nous avons pu profiter d'un centre hospitalier de premier ordre et apprécier un enseignement dont la clarté et la puissante originalité pénètrent et captivent. Pour tout ce que nous devons au Professeur Leuret, et pour l'honneur qu'il nous a fait de vouloir bien présider cette thèse, qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute la profonde gratitude que nous lui gardons.

C'est une grande joie pour nous d'exprimer aussi à M. le Professeur agrégé Piéchaud toute notre vive reconnaissance et notre sincère attachement. Nous avons été séduit par son enseignement pour tout ce qu'il contient de simplicité souriante et surtout d'extrême bonté. Il n'a cessé de nous témoigner une large bienveillance et nous l'en remercions profondément.

Notre reconnaissance va de même au Docteur Caussimon, médecin résidant du Sanatorium. Au lit du malade comme au laboratoire, nous avons admiré et apprécié les fruits de son prodigieux labeur. Nous n'oublierons pas les soins dévoués qu'il nous a prodigués, ni sa précieuse amitié.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Mlles les Infirmières Visiteuses du Centre antituberculeux de Bordeaux de leur très gracieuse collaboration qui nous a été si utile dans nos recherches.

Nous nous garderons d'oublier tous ceux qui nous ont facilité notre travail, en particulier le Docteur Guinard, de Bligny; le Docteur Dumarest, de Hauteville; le Docteur Burmand, de Lausanne; le Docteur Varrier-Jones, de Papworth; le Secrétaire général de la F. N. B. P. C., le Docteur Dijonneau et M. Tiffendeau, Médecin et Directeur de l'Ecole de rééducation professionnelle de Bordeaux, auxquels nous adressons nos plus vifs remerciements.

LE PROBLÈME POST-SANATORIAL

LA CITÉ SANITAIRE POUR TUBERCULEUX

INTRODUCTION

Pendant notre séjour parmi les tuberculeux du Sanatorium Arnoz, il fut un problème qui bien des fois attira notre attention : celui que soulevait la signature de l'exeat d'un malade.

La scène, hélas ! est toujours la même. Aux questions habituelles, où habiterez-vous, quels seront vos moyens d'existence, qu'allez-vous faire, il est bien rare d'obtenir les réponses satisfaisantes, qui permettent au phtisiologue de rendre — sans arrière-pensée — à la vie normale le tuberculeux aux lésions stabilisées. C'est à la ville que va retourner le malade, où l'attendent, dans son ancien logis d'ouvrier plus ou moins salubre, sa femme et ses enfants. Pour vivre, plus aucune économie : huit mois de sanatorium ont largement suffi à sa famille pour les épuiser. C'est le besoin immédiat de reprendre son ancien travail pour toucher un salaire suffisant. C'est la nécessité impérieuse de recommencer, du jour au lendemain, l'existence antérieure dans les

conditions mêmes qui avaient vu, chez lui, éclore la tuberculose.

Le médecin insiste, déclare qu'il n'y a plus rien à attendre de la cure sanatoriale, conseille d'aller vivre à la campagne, de s'adonner progressivement à un petit travail facile. A la campagne ? Il faudrait avoir des rentes. Le petit travail facile ? Quelle ironie, dans une famille d'ouvriers où le salaire normal de huit heures de travail quotidien suffit à peine aux bouches à nourrir.

Pris de pitié, le médecin garde son malade au sanatorium : formule paresseuse qui recule le problème, mais qui ne le résout pas. Ou bien, songeant à tous ceux qui attendent le lit vide et qui pourraient y guérir, il renvoie coûte que coûte le tuberculeux du sanatorium. Dès lors, pour le malade convalescent, sans argent, ou subissant un labeur au-dessus de ses forces, c'est la rechute fatale, c'est le retour dans quelques mois au sanatorium ou à l'hôpital. Cette fois, pour y mourir.

On pourrait croire qu'une organisation ait été prévue pour permettre au tuberculeux de reprendre peu à peu contact avec la vie normale, pour se réadapter au travail, pour consolider l'amélioration acquise au sanatorium. Pourtant, il n'en est rien.

Notre Maître, le Professeur Leuret, le premier dans notre région, organisa pendant la guerre, au Béquet, près de Bordeaux, un Centre de rééducation au travail pour les militaires tuberculeux. Malheureusement, cette œuvre, dont les résultats furent excellents, fut dissoute lors de la démobilisation quand les malades retournèrent dans leurs foyers. Depuis, le Professeur Leuret n'a cessé de réclamer, pour compléter et prolonger l'effort si remarquable de la lutte contre la tuberculose en Gironde, une organisation post-sanatoriale.

C'est ainsi que, dans son Rapport annuel de 1929 à la Commission administrative des Hospices de Bordeaux, au sujet du Sanatorium Arnozan, il écrivait : « Un bon nombre

de malades sortant avec l'étiquette *amélioré* sont encore incapables de reprendre la vie normale et donnent plus ou moins vite des rechutes et des aggravations. Comme je l'ai signalé dans mes rapports précédents, ce mal tient en grande partie à ce fait que la vie post-sanatoriale des malades n'est pas encore organisée. Il serait nécessaire, pour consolider les résultats obtenus de la cure sanatoriale dans les cas favorables, d'annexer à l'établissement une section postsanatoriale de rééducation et de réadaptation au travail du *diminué* qu'est le tuberculeux amélioré ou en voie de guérison. »

A la vérité, il existe bien en France certains organismes auxquels le tuberculeux stabilisé pourrait avoir recours à sa sortie du sanatorium. Mais leur insuffisance est énorme, ou bien ce sont des pis aller. C'est ainsi que notre tuberculeux pourrait s'adresser :

— au dispensaire d'H. S. Mais celui-ci est surchargé de travail, il est tout le contraire d'une œuvre post-sanatoriale. Et vouloir lui adjoindre une charge nouvelle c'est lui faire oublier qu'il est le premier échelon de la lutte antituberculeuse, que son rôle de dépistage des malades est avant tout présanatorial;

— au service social, aux comités de placement. Ce sont des œuvres utiles, mais sans gros moyens, vivant de la charité privée, non spécialisées, pour la tuberculose. Si leurs résultats sont appréciables à l'Hôpital, ils sont insignifiants au sanatorium : on ne place pas un tuberculeux où l'on veut, chez qui l'on veut, et comme on le veut;

— aux œuvres de rééducation post-sanatoriale du type de celle du Béquet. Assez nombreuses à la fin de la guerre, il n'en subsiste presque plus, et celles qui persistent sont aux trois quarts fermées aux adultes;

— aux villages sanitaires du type de celui de Papworth en Angleterre. Il n'en existe qu'à l'état de projet.

Et pourtant, comme nous essayerons de le montrer par la suite, le besoin est pressant de combler au plus vite cette lacune considérable de la lutte antituberculeuse. Le législateur

a bien doté le pays de la loi Léon Bourgeois sur les dispensaires, de la loi Honnorat sur les sanatoriums, mais il n'est pas allé plus loin. On s'est arrêté en route. Il restait encore à conserver, à stabiliser, à renforcer les résultats obtenus à grands frais par les dispensaires et les sanatoriums; il subsistait encore le problème le plus difficile, le plus vaste et aussi le plus délicat à résoudre, et l'on s'est abstenu.

Par la carence des formations post-sanatoriales toute l'œuvre contre la tuberculose est boiteuse. Dispensaires, sanatoriums, essayent en vain de remédier à ce défaut : leur organisation en souffre et en est faussée. Car, toucher à l'une des armes de la lutte, c'est ébranler les autres. Leur interdépendance est étroite, et c'est pourquoi, étudiant le problème post-sanatorial et sa solution, nous avons été entraîné peu à peu dans le vaste domaine de la lutte antituberculeuse tout entière.

Nous risquions de nous y perdre. Et tenter de critiquer une œuvre aussi considérable à laquelle des noms fameux sont attachés, vouloir prétendre proposer des remèdes, apparaîtra comme une entreprise bien présomptueuse.

Nous avons essayé cependant de nous en tenir à ce que nous avons sous nos yeux, gardant toujours pour nous guider les opinions de nos maîtres qu'une longue collaboration avait fait d'elles nos compagnes familières.

Dans ce travail, nous nous sommes proposé d'examiner, dans une première partie, le fonctionnement actuel de la lutte contre la tuberculose et d'y montrer ses défauts et son insuffisance par le manque presque total d'organisation post-sanatoriale rationnelle.

Dans un second chapitre, nous étudierons ce qui a été fait en France et à l'étranger pour résoudre le problème post-sanatorial.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous essaierons de présenter ce qui nous paraît être la solution idéale, le dernier échelon de la lutte : la cité sanitaire pour tuberculeux.

PREMIÈRE PARTIE

LA LUTTE ACTUELLE CONTRE LA TUBERCULOSE

La lutte sociale contre la tuberculose dérive du caractère étiologique essentiel de la maladie : la contagion. Elle seule est suffisante et nécessaire pour déterminer l'éclosion tuberculeuse à la condition que les contacts soient répétés et les germes abondants.

D'autre part, la contagion est favorisée par des facteurs sociaux de première importance, tels que la mauvaise hygiène générale, la sous-alimentation, les agglomérations surpeuplées, le taudis, la misère, l'alcoolisme.

D'où deux catégories de moyens d'action :

1° *Les moyens directs* : dirigés spécialement contre la contagion. Ce sont les dispensaires, les sanatoriums, les œuvres de préservation de l'enfance;

2° *Les moyens indirects* : visant les facteurs sociaux qui facilitent et permettent la contagion.

Tous ces moyens de lutte sont indispensables. Si les premiers constituent l'armature essentielle de l'œuvre, les seconds ne peuvent être négligés sous peine d'affaiblir considérablement les résultats définitifs.

I

LES MOYENS DIRECTS

CHAPITRE PREMIER

LE DISPENSAIRE

A. — Son fonctionnement.

Le dispensaire (1) est avant tout un instrument de prévention d'une importance capitale. Il est le pivot de la lutte contre la tuberculose.

Ses fonctions sont multiples.

a) *Il dépiste les malades.* — C'est là son rôle essentiel.

Pendant l'année 1930, il a été signalé au Fichier central du Centre antituberculeux de Bordeaux 979 nouveaux tuberculeux pulmonaires dans toute la Gironde. Sur ce nombre, 641 ont été indiqués par les dispensaires, 280 par les sanatoriums, 25 par les hôpitaux, 36 par les médecins particuliers, enfin quelques-uns furent signalés par des fichiers départementaux, le Conseil de révision (circulaire du 22 février 1922), la Commission de réforme (circulaire du 11 mai 1922), par les Soins médicaux aux réformés de guerre (loi du 31 mars 1919, art. 84), l'Assistance médicale gratuite (loi du 13 juillet 1893), l'Assistance aux vieillards incurables (loi du 14 juillet 1905), l'Assistance aux familles nombreuses (loi du

(1) Les dispensaires furent créés par la loi du 15 avril 1916 (commentée par la circulaire du 31 juillet 1917). Ils sont au nombre de 633 au 1^{er} janvier 1932. En Gironde, on compte 17 dispensaires, dont 8 pour Bordeaux.

14 juillet 1913), les Enfants assistés (loi du 27 juin 1904), l'Assistance aux veuves de guerre, les Pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917), les Visites médicales scolaires. Ainsi le plus grand nombre des malades est signalé par les dispensaires. L. Bernard [7] a cherché à se rendre compte des différentes sources de recrutement de la clientèle des dispensaires et a réuni le résultat de ses recherches dans le tableau suivant :

1° Malades envoyés par les œuvres d'assistance...	85
2° Malades envoyés par les hôpitaux.....	99
3° Malades venus spontanément	88
4° Malades envoyés par d'anciens malades.....	76
5° Malades envoyés par leur médecin.....	99
6° Malades dépistés par les infirmières visiteuses..	117
TOTAL.....	564

- De sorte que si l'on suppose que l'action des infirmières visiteuses se retrouve encore dans les catégories 1 et 3, le total des malades aiguillés par les infirmières vers le dispensaire représente la majeure partie des tuberculeux dépistés.

A la vérité, ce travail de dépistage des visiteuses ne s'effectue ni d'une façon systématique, ni selon une méthode rigoureuse et uniforme. C'est par ses relations personnelles, les conversations de voisins, les indications d'anciens malades ou de particuliers que l'infirmière pourra pénétrer jusqu'au tuberculeux et l'amener au dispensaire. Ainsi la part du hasard est-elle grande dans le rôle de dépistage attribué aux visiteuses. D'où la nécessité pour elles — outre des qualités personnelles d'initiative et de perspicacité indispensables — de rayonner toujours davantage dans leurs secteurs respectifs, de devenir un véritable foyer d'attraction connu et apprécié de tous.

b) *Il trie les malades.* — L'opération fondamentale sur laquelle se base le triage est représentée par l'examen médical d'où va découler le diagnostic. Le malade n'est-il pas

tuberculeux? Le dispensaire s'en désintéresse. Y a-t-il doute? On suit le malade jusqu'à l'établissement complet d'un diagnostic. Est-on en présence d'un tuberculeux? Tout le mécanisme du dispensaire se met en marche. Le médecin, après examens cliniques, radiologiques et bactériologiques, doit statuer sur l'état des lésions, leur étendue, leur activité. L'infirmière lui apporte de son côté le résultat de son enquête sociale sur la situation du tuberculeux, son métier, ses ressources, sa famille, son logement. Grâce à ce double examen médical et social, on va décider l'envoi du tuberculeux à l'hôpital, au sanatorium, ou le maintenir à son domicile. On s'attachera surtout à préserver les autres membres de la famille et en particulier en écartant les enfants du foyer pour les envoyer dans un centre de placement familial ou collectif, quelquefois même au sanatorium.

c) *Il est un organe de prophylaxie, d'assistance, d'éducation.* — D'après ce que l'enquête sociale révèle au médecin, le dispensaire procure au tuberculeux et à sa famille les moyens de lutter immédiatement contre la maladie.

Au malade, il fournira en premier lieu son crachoir, quelques médicaments, des aliments, souvent un lit personnel. A la famille, des secours en espèces pour payer le loyer ou parer au chômage. Le dispensaire peut veiller en outre à la désinfection des locaux et au blanchissage du linge.

L'infirmière visiteuse dénonce l'existence des taudis et s'ingénie à remédier aux mauvaises conditions d'hygiène des logements insalubres.

Pour faire face à ces dépenses d'assistance indispensables, chaque dispensaire est pris à charge par un comité d'œuvres privées pourvu d'une caisse de secours alimentée généralement par le produit de quêtes, fêtes ou conférences.

Enfin, l'infirmière doit, avec mesure, tact et intelligence, faire suivre et comprendre des conseils d'hygiène et de prophylaxie aux divers membres de la famille.

d) *Il surveille les malades sortis du sanatorium.* — Cette catégorie de tuberculeux doit être suivie d'une façon toute

particulière en vue d'éviter les rechutes et les aggravations qui viendraient compromettre l'amélioration obtenue au sanatorium. Ces malades sont de plus en plus nombreux et leur effectif est considérablement grossi par le bataillon des porteurs de pneumothorax à qui sont nécessaires des réinsufflations périodiques.

Le dispensaire essaie de leur trouver un genre de vie approprié à leurs forces, un travail rémunérateur et peu pénible. Les visites de l'infirmière à leur domicile doivent être fréquentes, et le médecin exige pour eux, à intervalles réguliers, des examens complets et répétés.

Telles sont brièvement rapportées les principales fonctions du dispensaire dans la lutte contre la tuberculose.

B. — Essai de critique de son fonctionnement.

a) *Le dépistage des malades* s'effectue aujourd'hui de façon satisfaisante et le nombre des nouveaux malades signalés augmente tous les ans.

Mais il est permis de reprocher aux dispensaires la propagande trop restreinte qu'ils font autour d'eux. C'est pourtant la seule arme vraiment efficace pour s'attirer les tuberculeux. Tant que la loi n'obligera pas le malade à se faire connaître, le dispensaire sera forcé d'attirer l'attention du public sur lui par une réclame incessante et multiple (conférences, causeries, concerts, fêtes, cinémas, T. S. F.). Nous avons vu que le recrutement des dispensaires s'effectuait par les voies les plus diverses et presque toujours étrangères à la lutte antituberculeuse. C'est très rarement que le dispensaire découvre de lui-même le malade. Il ne fait que recueillir les fruits de sa propagande auprès des établissements publics, des médecins et, surtout, de la masse de la population.

Mais on comprend la mesure avec laquelle le dispensaire organise sa propagande quand on songe que derrière celui-ci ne se trouvent que sanatoriums surpeuplés, moyens financiers ridiculement restreints, où vie post-sanatoriale non

organisée. Pourquoi, en vérité, dépister de nouveaux malades si l'on n'a pas les moyens de les soigner et de leur procurer ensuite une existence acceptable? Nos 7.000 lits pour tuberculeux pulmonaires sont bien trop inférieurs aux besoins de la lutte, les trois quarts des départements français n'ont pas encore satisfait à l'obligation de la loi Honnorat, les budgets sont insuffisants : le fait est connu de tous. L'armement post-sanatorial n'existe pas : les pages suivantes essayeront de le montrer.

Cette carence de la lutte antituberculeuse n'a pas échappé au public, il en a souffert, et n'est guère disposé à recourir aux organisations antituberculeuses, qui sont si souvent incapables de le satisfaire. Et, s'il s'adresse au dispensaire, c'est souvent en désespoir de cause, quand la maladie a fait depuis longtemps son œuvre destructrice.

En effet, dans l'état actuel des choses, le diagnostic de tuberculose pulmonaire représente pour le travailleur une véritable calamité. S'il possède une femme et des enfants à sa charge, il ne peut se résoudre à les abandonner sans ressources, à quitter son emploi, qu'il ne retrouvera presque jamais après les mois de sanatorium. Fatigué, toussant, sans appétit, sans force, il ne peut songer à se reposer : il doit vivre et faire vivre les siens. Ne voulant pas s'avouer malade, il persiste à travailler jusqu'au jour où, exténué, découragé, il s'arrête... le plus souvent trop tard. Et, de fait, au dispensaire, la majeure partie des consultants présentent des lésions si étendues qu'elles rendent, le plus souvent, le traitement illusoire.

Il y a là un des facteurs les plus importants qui expliquent l'échec partiel de la lutte contre la tuberculose, et que nous retrouverons plus loin au sujet du rendement des sanatoriums. Et pourtant, si le tuberculeux était préservé des conséquences économiques si redoutables de sa maladie, s'il savait que son départ au sanatorium ne provoquerait pas l'arrivée définitive de la misère à son foyer, s'il acquiert la certitude que sa famille sera à l'abri du besoin, que lui-même

pourra reprendre peu à peu, avec ses forces retrouvées, un travail de plus en plus rémunérateur, le malade n'hésitera pas à venir, dès la première alerte, consulter le dispensaire. Enfin, le jour où celui-ci assurera au nouveau tuberculeux le début d'une ère nouvelle pour lui et les siens dans des conditions d'existence particulièrement attrayantes, il ne sera plus difficile alors de trouver des malades, « la difficulté sera, au contraire, de dépister et d'écarter les non-tuberculeux qui essayeront de se faire diagnostiquer bacillaires » [70].

Ainsi le manque d'organisation rationnelle de la vie post-sanatoriale du tuberculeux arrête considérablement l'effort de dépistage des dispensaires.

b) *Le triage des malades* est une opération des plus délicates, non pas tant du point de vue purement médical, mais surtout à cause des conséquences qui vont résulter pour le tuberculeux et sa famille de la double enquête médicale et sociale.

Si nous prenons l'exemple banal de l'ouvrier d'usine, marié et père de deux enfants respectivement âgés de 5 et 12 ans, atteint brusquement de tuberculose pulmonaire et vivant, avec les siens, dans deux pièces peu salubres d'un quartier populeux, quelle va être l'action du dispensaire vis-à-vis de ce nouveau malade et de sa famille ? Tout d'abord, il envoie le mari tuberculeux au sanatorium. Puis, après désinfection du logement, la première question qui se pose est celle de l'avenir de la famille, et particulièrement des enfants. Sans l'air ni la lumière indispensables, vivant dans un logis insalubre, guettés plus que tous autres par l'infection bacillaire, privés surtout brusquement du pain quotidien, ces enfants sont placés en préventorium ou confiés à l'OEuvre Grancher. Ils trouveront là une saine nourriture, le grand air, une surveillance médicale constante.

Seule, la mère, heureusement intacte, reste au foyer. Ainsi les quatre membres de cette famille sont disséminés les uns loin des autres. Il y a eu éparpillement d'un foyer, destruction de l'unité familiale.

Or, du point de vue social, il n'y a rien à gagner à détruire cette unité familiale. En un temps où l'on déplore dans les divers milieux sociaux un fléchissement de la moralité, un relâchement des liens de la famille, il est regrettable de voir un organisme officiel disloquer systématiquement un foyer. La femme, laissée seule, doit travailler; si elle garde encore ses enfants auprès d'elle, les privations sont nécessaires, au risque de tomber malade à son tour; à moins qu'elle ne trouve quelques consolations et n'oublie son mari. D'autre part, combien de femmes hésitent à se soigner en sanatorium, de peur de trouver leur place prise à leur retour. Enfin, les enfants n'auront que trop tendance à profiter de l'absence du père pour échapper à son autorité. Même dans le cas où ils sont accueillis par une œuvre de préservation de l'enfance, ils ne goûteront jamais la douce et constante affection d'une mère ni les joies du foyer, auxquelles ils avaient droit. Et, de fait, dans la mémoire des infirmières visiteuses, que d'exemples de ménages désunis, d'enfants abandonnés à eux-mêmes et « tournant mal », combien de drames même, qui vont quelquefois jusqu'à défrayer la chronique judiciaire.

Enfin, du point de vue financier, il y a là un éparpillement des dépenses, pour une seule famille, au sanatorium, au préventorium ou au placement familial, qui côtoie le gaspillage. « La famille du tuberculeux, écrit Varrier-Jones, est l'unité avec laquelle nous devons compter. Nous perdrons de l'argent quand nous dépensons pour une partie seulement de cette unité. Il y a longtemps qu'on le sait, mais pour toutes sortes de raisons, cette déplaisante vérité a été écartée. »

Reconnaissons-le, néanmoins, dans l'état actuel des choses, le dispensaire ne peut agir autrement. Mais est-ce à dire qu'il n'existe pas une solution aux conséquences moins funestes pour l'avenir de l'unité familiale frappée par la tuberculose?

c) *La prophylaxie et l'éducation* donnent des résultats très précieux. Mais ici encore les moyens sont restreints, mis au service du dispensaire. S'il est facile pour l'infirmière de dépister les taudis, la difficulté commence au moment de

soustraire ses habitants à ce milieu insalubre. Et, le plus souvent, le dispensaire est incapable de placer le tuberculeux et sa famille dans des conditions d'hygiène la plus élémentaire. La crise du logement sain sévit aussi bien à la ville qu'à la campagne. Et ce n'est pas au moment où les ressources du ménage viennent de se tarir qu'il est facile d'obtenir pour la famille du tuberculeux un logement plus convenable mais aussi beaucoup plus cher. Certes, c'est dans ce cas-là que l'ingénieuse activité et l'initiative des infirmières visiteuses rendent les services les plus appréciables. Mais leur bonne volonté n'est généralement pas suffisante.

Le budget d'assistance du dispensaire ne possède, lui aussi, que des moyens bien minimes. Et pourtant, « sauf la mendicité, il n'y a rien pour les familles nécessiteuses dont le chef sera au sanatorium et y restera » [73]. C'est une famille entière dans la misère, milieu idéal pour l'éclosion de la tuberculose chez ces membres restés au foyer et si souvent déjà contaminés. Ce n'est pas les quelques centaines de francs gratifiés par le dispensaire qui feront vivre une famille. Et, dès lors, celui-ci préférera confier les enfants aux œuvres de protection de l'enfance pour enlever ainsi une grande partie du fardeau qui pèse sur le budget de l'épouse restée seule à travailler. Là encore l'éparpillement de la famille a été rendu nécessaire.

d) *La surveillance des anciens malades* absorbe la presque totalité du travail des dispensaires. Ceux-ci ont-ils bien été créés pour jouer ce rôle ? N'est-ce pas plutôt la nécessité provenant du manque total d'œuvres post-sanatoriales qui est venue ajouter cette fonction si absorbante à celles, déjà nombreuses, qu'ils doivent remplir ? Remarquons, du reste, le fait étrange de cet organisme jouant en même temps le premier et le dernier rôle dans la lutte contre la tuberculose, étant, en d'autres termes, une œuvre tout à la fois pré et post-sanatoriale.

Mais le travail de l'infirmière qui va rendre visite à l'ancien pensionnaire du sanatorium est-il des plus efficaces ?

Elle va tâcher de remettre en mémoire à la famille et au malade les préceptes d'hygiène qu'il a recueillis pendant son séjour au sanatorium. Cependant nous sommes en présence d'un tuberculeux qui a repris son ancienne existence, ses mêmes habitudes avec ses anciens amis et ses mêmes voisins. Bientôt le chemin du dispensaire s'oublie et que va peser le petit quart d'heure de visite accordé chaque mois par l'infirmière, si persuasive qu'elle soit, en face des anciennes habitudes contre l'hygiène, de l'invite constante des camarades bien portants, de l'attrait du café ou du cinéma. Il faudra aux malades une volonté bien tenace pour faire constamment respecter dans leur ménage — en dépit des voisins hostiles ou moqueurs — cet ensemble de servitudes si pénibles et si souvent exaspérantes par leur monotonie qu'exigent l'hygiène et la prophylaxie dans un logement de tuberculeux. « Combien, même s'ils le veulent, ne le pourront pas, reconnaît Arnozan. Quand un ouvrier ou un cultivateur, rentrant, le soir, de leur travail, trouveront chez eux dans une chambre étroite la mère et les enfants rassemblés autour d'une pauvre table; quand ils coucheront ensuite deux au moins dans un même lit, que deviendront les enseignements reçus? Quelles précautions pourront être prises dans ce triste milieu?... »

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les rechutes et les aggravations surviennent, d'autant plus graves que le tuberculeux voudra moins volontiers encore retourner une deuxième fois au sanatorium pour y reperdre sa liberté. Là encore nous nous trouvons en présence d'un nouvel échec de la lutte des dispensaires. N'y aurait-il pas un moyen d'y parer?

Enfin, pour ces anciens malades, le médecin de dispensaire sera tenté souvent de faire œuvre thérapeutique, et particulièrement, pour les porteurs de pneumothorax, d'effectuer les réinsufflations. Le dispensaire devient alors établissement de cure ⁽¹⁾. Ainsi, progressivement, on le charge de

(1) Ce danger n'a pas échappé à MM. Secousse et Piéchaud dans leur

fonctions pour lesquelles il n'avait pas été créé. N'est-ce pas là la démonstration évidente qu'il manque quelque chose, par ailleurs, dans la lutte contre la tuberculose ? Cette fonction de surveillance des anciens malades, qui a été imposée au dispensaire et qui s'intensifie de plus en plus sous peine de fausser les rouages de cet organe de prophylaxie et de prospection n'est-elle pas la signature du vide complet d'organisation post-sanatoriale qu'il est urgent de combler ?

rapport sur le traitement par le pneumothorax des indigents au dispensaire au Congrès de la Tuberculose, Bordeaux, 1931. « Nous estimons, concluent-ils, que le dispensaire doit se cantonner *exclusivement* dans son rôle de prophylaxie et de protection, et n'en sortir pour faire des réinsufflations aux seuls indigents *que dans des cas exceptionnels*. »

CHAPITRE II

LE SANATORIUM

Le sanatorium⁽¹⁾, centre hospitalier particulier au tuberculeux, constitue le deuxième échelon de la lutte antituberculeuse.

En accueillant le malade son rôle est double. Appliquer, d'une part, à celui-ci la cure hygiéno-diététique — traitement de base de toute tuberculose pulmonaire. Enlever, d'autre part, du sein de la collectivité un foyer de contagion dangereux.

De plus, avec les moyens d'investigation et de contrôle que possède cet établissement, il est le centre idéal des différentes cures médicamenteuses ou mécaniques relevant de la collapsothérapie gazeuse et chirurgicale.

Enfin la surveillance constante du médecin, l'application quotidienne de principes d'hygiène et de prophylaxie imposée par la discipline collective font du sanatorium une véritable école du tuberculeux.

A. — Les divers centres sanatoriaux.

Si nous suivons bon nombre d'auteurs, nous trouvons ces divers centres sanatoriaux divisés en sanatoriums et hôpitaux-

(1) Ils sont au nombre de 107, dont 30 sanatoriums d'altitude et 77 sanatoriums de plaine, avec un nombre de lits de 41.137. Seulement 7.034 de ces lits appartiennent à des établissements publics.

sanatoriums. Dans les premiers sont admis les malades susceptibles de guérir par la cure sanatoriale seule, dans les seconds le reste des tuberculeux. Et c'est avec un soin minutieux que les malades sont sélectionnés et répartis dans l'une ou l'autre de ces formations.

Les *sanatoriums* acceptent seuls les malades curables — terme du reste assez vague pour une affection aussi complexe que la tuberculose pulmonaire — ainsi que la loi le prescrit.

« Il semble, écrit Pierret, à la lumière des documents provenant du ministère de l'Hygiène britannique [55], que le cas de tuberculose pulmonaire apte à être admis en sanatorium avec chances de guérison doit être de plus en plus sélectionné et limité aux tuberculeux non alités et non fébriles. Ce critérium est très précis, et si l'on veut bien y réfléchir, il comprend l'immense majorité des cas réellement justiciables de la cure sanatoriale. Compris de cette façon, le sanatorium a donné en Angleterre de splendides résultats, puisque, en seulement un an, 9.500 tuberculeux sont sortis des sanatoriums guéris. Ceci appelle une définition de la guérison. On admettra avec nous que la définition du ministère de l'Hygiène britannique est sévère, car le mot guérison ne peut être employé pour la tuberculose pulmonaire que si, pendant cinq années consécutives, on a pu constater une absence complète de symptômes cliniques et de signes bactériologiques. »

Nos voisins britanniques paraissent bien privilégiés. Ces 9.500 tuberculeux qui sortent guéris dans l'année et qui répondent à la sévère définition du ministère de l'Hygiène ne font pas supposer des lésions primitives ni bien étendues, ni bien actives. Or, c'est très rarement que nous voyons dans nos dispensaires se présenter un de ces tuberculeux bien portant, non fébrile, disposé à s'enfermer dans un sanatorium pour guérir. Ces bien portants-là ne se croient pas malades, et n'ont aucune idée de quitter leur travail pour se soigner. Certes, la propagande restreinte des dispensaires et les faibles moyens d'attraction dont ils disposent ne leur permettent pas, nous l'avons vu, d'attirer à eux les malades sus-

ceptibles d'acquérir une guérison aussi parfaite. Peut-être que, plus tard, avec notre armement antituberculeux agrandi et complété, la nouvelle clientèle de nos sanatoriums assurera à ses médecins des résultats aussi élogieux ?

Toutefois, à l'heure actuelle, un sanatorium public n'admettant que des apyrétiques non alités ne répondrait nullement aux besoins qu'éprouvent, en face de la masse de leurs consultants, les dispensaires dont il ressort. Martin n'a-t-il pas établi que 20 p. 100 seulement des malades diagnostiqués au dispensaire correspondaient à un cas sanatorial ? Or, le malade n'est pas fait pour le sanatorium, mais bien le sanatorium pour les besoins des malades.

Ces non-alités et non-fébriles n'ont aucun profit à tirer de la vie oisive de la cure sanatoriale. Bien au contraire. Leur place est toute désignée dans une organisation de rééducation au travail qui leur permettra non seulement de stabiliser leur bon état, mais encore de se préparer à reprendre contact avec la vie normale.

Enfin, le mot de « curable » où, dans le décret du 10 août 1920, les mots « soignés utilement » signifient sans contredit que le malade est capable de prendre des ménagements après sa sortie du sanatorium pour retirer de son traitement le maximum de profit. C'est donc éliminer du sanatorium le tuberculeux trop pauvre, celui, du reste, qui est généralement le plus atteint. Ainsi, sachant que son aide n'aura qu'une efficacité passagère, le sanatorium ne pourra accueillir le travailleur tuberculeux. On assisterait ainsi « à cette cruauté insupportable en un siècle tel que le nôtre de voir refuser la meilleure planche de salut à ceux qui paraissent en avoir le plus besoin parce que ce sont les plus misérables » [29].

Les *hôpitaux-sanatoriums*, dans l'esprit de certains auteurs, sont le refuge des tuberculeux incapables de guérir parce que n'étant pas guérissables par les bienfaits de la cure sanatoriale seule. Si cette assertion avait de la valeur il y a quelques années, elle ne paraît plus en avoir aujourd'hui.

d'hui. Car l'arsenal thérapeutique du phthisiologue s'est enrichi depuis peu de procédés si efficaces que la cure sanatoriale a forcément perdu de sa valeur primitive. Sans insister sur les critiques qui furent soulevées au sujet des dangers de la suralimentation ou de « l'adoration du fétiche Grand-Air » [77], il est incontestable par exemple que les différents modes de collapsothérapie dont jouissent plus du tiers des malades des hôpitaux-sanatoriums ont effacé passablement de l'importance de ce critère. De plus en plus l'effectif des curables et des améliorables augmente et, exception faite de certains cas désespérés, c'est la grosse majorité des malades qui est justiciable du sanatorium. Dans ces conditions, la barrière aussi sévère que certains élèvent entre le sanatorium et l'hôpital-sanatorium perd de son importance. On ne voit plus la nécessité d'organiser deux établissements différents. Et du reste, quand 71 départements français sont encore dépourvus du moindre centre sanatorial pour tuberculeux, donner à chaque degré de la tuberculose un établissement de cure spécial est un luxe auquel notre organisation antituberculeuse n'a pas le droit de songer. « Nous ne manquons pas de sanatoriums ni de dispensaires, écrit U. Guinard [33], mais d'hôpitaux-sanatoriums. »

B. — Rendement des sanatoriums et leur place dans la lutte.

Quels sont les résultats des sanatoriums ? Ils sont mauvais. Urbain Guinard déclare que sur 764 tuberculeux soignés à Bligny, 127 seulement ont une survie de douze ans (environ 16 p. 100 des cas traités). Encore faut-il ajouter que seuls 100 de ces rescapés travaillent normalement de six heures à dix heures par jour.

Mais si l'on considère les résultats d'hôpitaux-sanatoriums, ceux-ci sont plus mauvais encore. A l'Hôpital-Sanatorium Arnozan étaient hospitalisées au service des femmes, le 1^{er} janvier 1924, 65 malades. Au 1^{er} janvier 1932, huit ans

après, il ne restait plus que 7 survivantes constituant seulement 10 p. 100 de l'effectif de 1924.

Sur ces 7 malades, il est intéressant de remarquer que 3 furent réadaptées au sanatorium, dont 2 sont actuellement employées de l'établissement. 3 autres jouissaient d'une certaine aisance qui leur avait permis de ne pas travailler après la sortie. La dernière, aux lésions très légères, était retournée aider ses parents, cultivateurs dans les Basses-Pyrénées.

Notons, avant d'aller plus loin, ce qu'il y a d'arbitraire et d'injuste d'attribuer de tels résultats aux établissements sanatoriaux seuls. Quand le malade est revenu depuis plusieurs années consécutives à la vie normale avec ce qu'elle représente d'occasions dangereuses de rechute et d'aggravation pour le convalescent tuberculeux, les quelques mois passés jadis au sanatorium ne peuvent plus être mis en cause. On ne peut pas faire peser sur eux la lourde accusation d'aussi déplorables résultats. C'est bien plutôt le manque d'organisation de la vie post-sanatoriale du tuberculeux qui est la raison principale de cette soi-disant faillite des sanatoriums. De même, actuellement, en raison du manque d'œuvres de réadaptation à la vie normale, on ne peut guère apprécier convenablement les statistiques sanatoriales à objet spécial, en particulier portant sur l'avenir éloigné des malades à pneumothorax. Combien de ces tuberculeux qui voient, après quelques mois hors du sanatorium, leur second poumon, resté jusqu'à présent en bon état, présenter à son tour des lésions tuberculeuses !

Est-ce à dire que l'on doit forcer le malade à de longs séjours en sanatoriums ? Outre que dans les établissements publics des conditions financières et sociales y sont contraires, ils ne semblent pas indispensables pour la majorité des malades. A Arnozan, chez les tuberculeux qui ont fait un séjour de quatre, cinq et six ans — à l'exception de ceux que l'on réadaptait au travail — tous sont morts au sanatorium, ou bien leur état s'est franchement aggravé. Et du reste, pratiquement, quand, au bout de six mois environ, un

tuberculeux n'a pas subi la moindre amélioration de la cure sanatoriale, généralement il ne retirera désormais plus rien du sanatorium. « C'est qu'en effet la cure sanatoriale est, somme toute, dans la vie du tuberculeux du type commun un moyen épisodique, un expédient, une exception. » [50]. Ce n'est pourtant pas là l'opinion du public et de bon nombre de praticiens. Pour eux il suffit d'envoyer un malade en sanatorium pour avoir la conscience tranquille. Les centres sanatoriaux représentent la pierre de touche, l'aboutissement suprême de tout l'effort antituberculeux. C'est cette opinion erronée du sanatorium, arme suprême de la lutte, qui — admise par les pouvoirs publics — a relégué au dernier plan le problème post-sanatorial. On s'est occupé uniquement dans l'existence du tuberculeux de cet épisode infiniment court passé au sanatorium, en regard de toute l'existence post-sanatoriale du malade si complètement négligée. On a oublié cette phrase de Grancher : « Le sanatorium, pour être le meilleur instrument de cure, n'est pas, tant s'en faut, le meilleur instrument de la lutte contre la tuberculose, maladie sociale. »

Et, du reste, les conditions mêmes de la vie du malade dans un sanatorium public rendent la cure incompatible avec de longs séjours. En effet, « prolongée indéfiniment, elle engendre l'ennui, la démoralisation. Le malade s'en fatigue toujours à un moment donné et demande à reprendre sa vie normale, à recouvrer sa liberté » [50]. Comment est pratiquée la cure sanatoriale dans un établissement populaire ?

C. — Essai de critique de la vie sanatoriale.

Dès son hospitalisation, le tuberculeux est soumis à la règle commune, à la discipline collective. Il prend connaissance des règlements généraux de l'établissement et principalement du programme journalier qu'il devra observer heure par heure. Voici le texte de l'emploi du temps quotidien du tuberculeux hospitalisé à Arnozan :

- 7 heures . Lever, toilette.
7 h. 30 .. Petit déjeuner.
8 heures . Les malades (dont l'état de santé le permet) font leur lit.
8 h. 30 .. Cure : lecture et couture autorisées; silence.
11 heures. Déjeuner.
Midi Cure : pas d'ouvrage; silence.
2 h. 30... Travail manuel au grand air.
4 heures . Récréation.
4 h. 30 .. Température.
5 heures . Dîner.
6 heures . Récréation.
8 h. 30 .. Coucher.

Si théoriquement de tels règlements déterminent de façon précise les principales modalités de la cure sanatoriale — repos, grand air, bonne alimentation — ils n'en comportent pas moins de graves défauts, qui rendent la réalité toute différente.

a) *Le repos.* — Et d'abord, le tuberculeux jouit-il au sanatorium d'un parfait repos ? Trouve-t-il le repos moral ? Certainement non. Le repos physique ? Oui, mais nous verrons à quel prix.

Le tuberculeux pulmonaire est un malade délicat à soigner. Sa personne mentale doit être traitée peut-être davantage que son organisme physique. Or, cet équilibre moral, cette tranquillité d'esprit, qui sont si nécessaires à son rétablissement, le malade ne les obtiendra pas au sanatorium.

Dès son arrivée, si le tuberculeux possède en lui l'espoir de guérir, ses nouveaux compagnons — auprès desquels il va vivre désormais — auront tôt fait de porter un rude assaut à ses espérances. Il n'est pas de salle de sanatorium où n'existent ces malades, fiers d'une expérience acquise pendant de nombreux mois d'hospitalisation, qui initient le nouveau venu, lui expliquent — souvent d'une façon absurde — la nature de son mal, lui font part de leur scepticisme à l'égard des divers

traitements et lui montrent, avec un pessimisme gouailleur et des exemples à l'appui, le sombre avenir qui lui échoit.

De plus, dans le vide de sa nouvelle existence, l'attention du tuberculeux sera ramenée toutes les semaines sur sa courbe de poids, tous les jours sur l'état de sa température, sur l'aspect de ses crachats. Il réfléchit, il compare, il s'étudie. Peu à peu une modification morbide de son état mental va se préciser. Il va épier les moindres phrases prononcées par le médecin à son lit ou devant l'écran radioscopique. Voulant toujours connaître davantage son état — sur lequel il croit qu'on lui cache la vérité — il s'ingénie à surprendre la feuille d'analyse qui revient du laboratoire ou à découvrir le dossier personnel qui renferme son observation. Si, malgré tout, germe en lui le secret espoir de la guérison, il n'ose en parler à ses compagnons de peur d'être raillé. Alors, dans cette solitude morale, la moindre défaillance de son organisme prendra figure de catastrophe et apparaîtront des crises de désespoir et de découragement pour faciliter encore les progrès de l'infection.

Certes, le médecin et l'infirmière parviendront souvent, par leurs conseils, à redonner — pour un temps — confiance au malheureux tuberculeux. Mais un mal tenace — devant lequel échoueront le médecin et ses collaborateurs — mine l'équilibre moral du malade en proie au souci constant de la famille laissée sans ressources et sans direction, au malheur de son foyer détruit. Nous avons vu comment cette destruction s'opérait d'une façon automatique et les lamentables résultats qu'elle engendre parfois. On comprend la détresse morale du père qui se sent incapable de pourvoir aux besoins de la famille, ou celle de la mère qui n'a plus ses enfants à chérir auprès d'elle, et qui remarque le détachement progressif de l'époux laissé seul.

Mais si sa tranquillité morale y est passablement troublée, au sanatorium le tuberculeux se repose, si tant est que l'on se repose lorsqu'il faut s'allonger, se taire, se promener, se distraire à heures fixées. L'esprit frondeur et d'indépendance,

si particulier au Français vivant en collectivité, sévit au sanatorium plus que partout ailleurs. Cette autorité anonyme, à laquelle les malades se heurtent à chaque heure de la journée, sans la comprendre toujours, va leur devenir insupportable, « ils cesseront vite d'avoir confiance en vous et dans les règles que vous éditez, remarque Varrier-Jones, ils se croiront traqués par un règlement inutile ».

Néanmoins, le malade ne travaille plus, il vit dans une oisiveté parfaite. Généralement c'est pour la première fois qu'il jouit d'un repos aussi complet et aussi durable. A son insu, l'habitude du travail se perd. Il se défend mal contre l'engourdissement général qui paralyse sa volonté et son action. Et lorsque, ses lésions stabilisées, il veut reprendre une activité quelconque avec une volonté chancelante et des forces amoindries, rapidement il perd confiance en lui et renonce à tout effort. Il ne croit plus à la réalisation d'un avenir satisfaisant et normal. Il préfère alors l'existence paresseuse du sanatorium qu'il ne *veut* plus quitter.

Tout espoir perdu, il va grossir les rangs des anciens malades désabusés qui — dès son arrivée — ne lui avaient pas menti dans leur sombre pronostic. Dès lors, il fait montre de se désintéresser des progrès de son affection, fuit la pesée hebdomadaire, raille les prescriptions médicales. Peu à peu, il s'enlise davantage dans l'inertie de tout son être découragé, terrain propice à l'évolution fatale de la maladie.

b) *La bonne alimentation.* — La bonne alimentation, si nécessaire au tuberculeux, est l'élément de la cure sanatoriale le plus délicat à obtenir. Il convient de regretter le peu d'autorité et le manque de surveillance que confèrent les règlements sanatoriaux au médecin vis-à-vis de l'alimentation des malades qui lui sont confiés. Le médecin — instruit plus que tout autre de l'appétit capricieux de ceux qu'il soigne — ne surveille ni la confection ni surtout l'ordonnance des repas. On néglige ainsi l'un des facteurs les plus puissants de guérison.

La nourriture collective — quand elle est de bonne qua-

lité — est présentée à l'appétit du tuberculeux d'une façon maladroite et au rythme d'une monotonie rebutante.

Aucun petit plat varié pour exciter l'appétit, des morceaux de choix peut-être, mais ordonnés sans soin, une nourriture refroidie, une vaisselle grossière, autant de détails qui paraissent ailleurs superflus, mais qui sont gros de conséquence dans le traitement d'un tuberculeux. Bref, une nourriture massive et anonyme pour adulte en pleine santé, mais rien d'un régime approprié à l'inappétence d'un malade.

De plus, la distribution des mets est effectuée par un personnel subalterne auquel on ne peut demander ni la délicatesse ni l'affectueux entêtement qui viendront à bout des résistances de l'anorexique.

Ainsi le tuberculeux ne goûtera qu'avec parcimonie à la nourriture qui lui est offerte, en un mot il va se sous-alimenter. N'est ce pas là le contraire même de ce que le malade était venu chercher au sanatorium ?

c) *Grand air*. — La cure de grand air n'est peut-être pas aussi rigoureuse qu'on le croirait dans un établissement sanatorial populaire. Certes, le malade va, à heures fixées, dans les galeries de cure qui lui sont destinées. Toutefois, par mauvais temps et quand la nuit est arrivée, les tuberculeux se réunissent dans leurs chambres. Que dire de ces salles où vivent continuellement 10 à 15 malades — dont quelques-uns ne quittent même pas le lit — de ces réfectoires et salles de jeu — véritables réservoirs à bacilles — où, à heures précises, tous les tuberculeux de l'établissement viennent manger, parler, rire, tousser et cracher. Or, il est absolument interdit au malade d'échapper à cette atmosphère, de s'éloigner de son pavillon. On a délimité soigneusement, surtout dans un sanatorium qui reçoit à la fois hommes et femmes, les quelques espaces libres où le malade peut se promener. Mais on comprend la lassitude de refaire tous les jours les mêmes pas le long de la même allée et sous les mêmes arbres. Pourquoi ne pas admettre, dans ces conditions, des phénomènes de surinfection massive qui expliqueraient cette pous-

sée congestive chez tel apyrétique vivant depuis quelques mois au sanatorium ou cette bilatéralisation brusque d'un pneumothorax qui permettait tous les espoirs ?

On comprend, dans ces conditions, que le sanatorium ne puisse être pour le tuberculeux qu'un lieu de passage et qu'il nécessite après lui toute une organisation plus large, plus prolongée et, surtout, plus efficace.

D. — Le malade qui sort du sanatorium.

Si nous cherchons les causes des mauvais résultats des sanatoriums, nous relevons, avec Baillet [3], deux raisons : d'abord, l'époque tardive à laquelle le malade se résout à venir au sanatorium, et nous avons vu l'insuffisance des moyens attractifs du dispensaire dans le public; enfin, le retour, après le sanatorium, dans des conditions de vie identiques à celles qui ont vu éclore la tuberculose.

Que devient, en effet, le tuberculeux amélioré sortant du sanatorium ?

Le médecin l'a mis en garde contre une reprise trop prématurée du travail et de l'existence urbaine. Aussi, souvent, le tuberculeux prétend aller chez des parents ou des amis qui habitent la campagne pour finir de se reposer et chercher une occupation proportionnée à ses forces. Mais, dans ce nouveau milieu — où du reste se trouvent parfois de jeunes enfants — il n'a pas les moyens de vivre sans rien faire; il ne trouvera pas à la campagne d'emploi suffisamment rémunérateur; même, s'il est campagnard, il ne peut reprendre les travaux des champs, trop pénibles. Son inactivité, son impuissance à trouver tout seul un travail approprié, lui pèsent. Tenté et aussitôt déçu par certaines annonces de travail facile soi-disant bien payé, ne trouvant d'aide et de conseils nulle part, irrité par certaines marques d'hostilités à son égard, il ne veut plus être considéré comme un convalescent ou un malade, et, rapidement, surtout si ses forces lui paraissent revenues, il retournera à la ville et à son ancien

métier. Et, en fait, il est très rare que le malade reste longtemps à la campagne, où il a prétendu aller se fixer à sa sortie du sanatorium.

Mais la plupart des tuberculeux convalescents n'ont aucune occasion d'aller se reposer à la campagne, aussi leur faut-il reprendre complètement leur ancienne existence. Dans les cas les plus heureux, les enfants sont accueillis par les œuvres de préservation de l'enfance, et de la sorte les besoins du ménage sont plus restreints.

Mais la question primordiale pour l'ancien malade est la recherche du travail. Après quelques jours de démarches infructueuses, il s'apercevra vite que le petit travail facile ne se trouve que très rarement et que, même alors, il est incapable de le faire vivre. Ce prétendu léger travail facile est un mythe que l'on ne peut décemment, à l'heure actuelle, proposer à un ouvrier tuberculeux qui a charge de famille.

L'ancien patron, sur le chantier, au bureau, à l'atelier, trouvera toujours une bonne raison — particulièrement en temps de chômage — pour ne pas reprendre à son service un tuberculeux, un amoindri, un faible, un indésirable.

S'il cherche ailleurs, l'ancien malade devra justifier de l'emploi de ces six ou huit mois écoulés depuis le certificat du dernier employeur. Et il y a des mots, comme « tuberculose » ou « sanatorium », qui, s'ils sont prononcés, entraînent un refus immédiat. Peut-être, par la ruse, trouvera-t-il, à la fin, une embauche quelconque pour un travail subalterne et mal payé, mais, que de volonté lui faudra-t-il pour surmonter tant d'obstacles et supporter une situation aussi misérable. Que d'irritations, de rancœur, de découragement vont naître chez ce convalescent si naturellement enclin au pessimisme. Enfin, à une époque de crise économique et de chômage, trouver un travail rémunérateur est chose complètement impossible pour un ancien pensionnaire de sanatorium.

Néanmoins, s'il travaille, la vie reprendra pour le tuberculeux, comme avant sa maladie. Le même logement, le

même quartier, les mêmes voisins, les anciennes habitudes, enfin, auront tôt fait de reprendre l'ancien malade. Il retrouvera toutes les tentations dangereuses de la ville, auxquelles il se laissera aller d'autant plus facilement qu'il aura trouvé au sanatorium une discipline plus sévère.

Nous avons vu, d'autre part, le peu d'influence du dispensaire et de l'infirmière visiteuse.

Dans ces conditions identiques qui ont vu éclore la tuberculose chez lui, avec un organisme considérablement affaibli, des moyens d'existence plus restreints, par conséquent dans un milieu de misère plus complète, l'aggravation de l'état du tuberculeux est fatale. De nouveau, il prendra le chemin du sanatorium, en ayant retardé ce moment plus que la dernière fois si celui-ci lui a laissé un mauvais souvenir. Et c'est dans un état particulièrement grave que le sanatorium l'accueillera. Et, en fait, une bonne partie de ses malades en sont à un deuxième ou à un troisième séjour dans les murs de l'établissement.

Au Sanatorium Arnozan, du 1^{er} octobre 1930 au 1^{er} octobre 1931, pour 173 lits réservés aux femmes, 40 malades étaient revenues, aggravées, dans l'établissement, dont 12 d'entre elles (soit 30 p. 100) y sont venues mourir. Ainsi près de 23 p. 100 des lits du sanatorium ont été occupés par des malades sorties une première fois améliorées mais rejetées telles quelles brutalement dans les conditions de la vie normale.

Il importe donc impérieusement de s'occuper de ces malades qui sortent des sanatoriums dans le but de sauvegarder leur amélioration.

Du point de vue moral, il est insupportable de songer que le sanatorium est une arme odieuse : « S'il n'est pas complété, il rend le malade à la ville et, par suite, à la mort, après avoir fait miroiter à ses yeux une trompeuse espérance de santé durable et d'énergie utile, qui lui feront sentir plus durement et d'une façon cruelle sa misère matérielle et sa déchéance physique. » [73].

Et, du point de vue financier, il est inconcevable de dépenser des sommes considérables pour la marche des sanatoriums si l'on gâche si aveuglément leurs résultats. Il semble que les dépenses entraînées par ces 40 malades revenues auraient très bien pu être évitées, ainsi que cette diminution de 23 p. 100 de l'effectif des lits de l'établissement à une époque où la question du budget et du nombre des lits est particulièrement difficile à résoudre dans les sanatoriums publics.

CHAPITRE III

LES ŒUVRES DE PRESERVATION DE L'ENFANCE

En France, presque tout l'effort antituberculeux semble porter en ce moment sur les œuvres de préservation de l'enfance. La répartition dans chaque département des recettes provenant de la vente du timbre antituberculeux montre que la majeure partie de ces sommes est destinée à l'enfance soit pour la construction et l'aménagement de préventoriums, le placement à la campagne ou l'envoi des enfants dans des colonies de plein air temporaires ou permanentes. Les vignettes du timbre antituberculeux de ces dernières années ne représentent-elles pas toujours l'image d'un bel enfant robuste et sain ? Souvent, en dehors de la lutte antituberculeuse proprement dite, des municipalités ou des œuvres privées s'occupent de préserver l'enfance malingre et chétive par l'envoi à la campagne.

C'est qu'en effet la contamination de l'enfance dans le milieu familial ouvrier est particulièrement fréquente. « Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale; et j'ai pensé, écrit Grancher, que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie. »

Depuis 1903, l'*Œuvre Grancher* place à la campagne des enfants de tuberculeux encore sains, âgés de moins de 3 ans, dans des familles de paysans où ils sont surveillés étroitement par le médecin et instruits à l'école. A 13 ans, beaucoup restent au champ et font souche de paysans.

Les résultats sont excellents. En 1923, 2.500 enfants avaient

été placés. On notait 7 cas seulement de tuberculose, dont 2 mortels, 2 décès dus à d'autres causes, 3 autres cas de tuberculose chez des pupilles sortis des cadres de l'œuvre. Le pourcentage de mortalité se trouve être abaissé à 0,04 p. 100 chez ces enfants, qui, restés au foyer, auraient présenté un pourcentage de mortalité voisinant 40 p. 100.

Mais l'œuvre fut complétée. En effet, l'enfant au-dessous de 3 ans subit lui aussi, très souvent, l'atteinte de la tuberculose, qui lui est presque toujours fatale. L'isolement et le placement du nourrisson issu de tuberculeux furent entrepris. L'*OEuvre du placement familial des tout petits*, fondée par L. Bernard, s'occupe du fonctionnement à la campagne de centres de placement où le nourrisson est confié à des familles de paysans, soigneusement choisies, qui sont tenues périodiquement à faire visiter l'enfant par l'infirmière du dispensaire de puériculture dont elles dépendent.

De son côté, le *préventorium* reçoit les enfants de tuberculeux, exposés à la contagion, « non fébricitants, ni contagieux, atteints de formes initiales, latentes et curables de la tuberculose ».

Enfin, pour compléter ces mesures de préservation de l'enfance contre la tuberculose, il convient de signaler la vaccination des enfants par le *bacille bilié de Calmette et Guérin*.

Tous ces moyens de lutte contre la contagion des enfants sont excellents. Malheureusement, ils sont d'une efficacité restreinte. Les 2.500 enfants placés en vingt ans par l'OEuvre Grancher ne représentent pas un bilan imposant. Ces œuvres ont-elles des difficultés d'ordre financier ? Il ne semble pas que le placement de l'enfance dans des familles de paysans soit coûteux. On a plutôt à compter avec la mauvaise volonté des parents de se séparer de leurs enfants. Le père ou la mère, atteint de tuberculose, ne se résout que contraint et forcé par la dure nécessité présente à se voir arracher sa progéniture. Il tentera toujours de refaire l'unité de son foyer en rappelant ses enfants et en les conservant auprès de lui. C'est là une tendance de la part des tuberculeux qui, si elle

est déplorée par l'hygiéniste, n'en est pas moins humaine et légitime.

Nous avons essayé, d'autre part, de montrer les dangers qui résultent de cette dislocation de la famille, dont les œuvres de préservation de l'enfance sont un des principaux facteurs. La privation du père et de la mère pour l'enfant, sa transplantation dans une autre famille ou dans un établissement de placement collectif, n'est pas sans danger pour l'enfant lui-même, pour ses parents, pour la collectivité.

II

LES MOYENS INDIRECTS

Les moyens indirects visent un ensemble de facteurs sociaux qui facilitent la contagion, soit en diminuant la résistance de l'individu, soit en préparant un milieu idéal pour l'éclosion de la maladie. Ce sont la mauvaise hygiène, la sous-alimentation, les agglomérations surpeuplées, les logements insalubres, l'alcoolisme, tous facteurs provenant d'un seul : la misère.

« Il faut pour que la contagion intervienne qu'elle s'exerce dans un certain milieu et sur un certain terrain. Ce milieu est maintenant bien connu : c'est le taudis, c'est le logement sans air et sans lumière. Et quant au terrain, rappelons-nous que, dans la lutte antituberculeuse, ceux-là seuls sont frappés qui ont leur organisme usé avant l'âge et détruit par une mauvaise hygiène, par des maladies mal guéries ou par une mauvaise hérédité. » [1].

Les logements insalubres sont ceux dont les conditions sont de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants. (L. 13 avril 1850. art. 4.) Ils ont été l'objet de travaux multiples, soit à Paris, soit en province, qu'il nous paraît intéressant de rappeler pour montrer l'importance du taudis dans l'étiologie de la tuberculose.

Remarquons, du reste, que le taudis n'est pas l'apanage des grandes cités, mais se trouve très souvent à la campagne. Landouzy et Weill, Mantoux, Ott, Risler, nous ont montré sa fréquence et son importance. A la campagne, déclare l'un d'eux, le logement est le facteur social à peu près exclusif de la tuberculose.

Juillerat a démontré qu'à Paris, en onze ans, 5.000 maisons supportaient à elles seules 38 p. 100 de la mortalité tuberculeuse parisienne. La mortalité par tuberculose est proportionnelle au nombre des étages, les étages inférieurs et les combles étant les plus mauvais, et inversement proportionnelle au nombre de fenêtres par habitant. Martin et Brouardel dénoncent de leur côté la présence de véritables îlots de maisons à tuberculeux. Un groupe de 20 maisons (96 habitants) fournit, en dix ans, 212 décès par tuberculose, l'une d'elles causant la mort de 30 habitants sur 60 d'entre eux.

A Bordeaux, E. Mauriac (Commission des logements insalubres, 1876-1881), Arnoz et Leuret (Thèse de Dauriac, Bordeaux, 1919), le docteur Ginestous, et récemment encore le Docteur P. Berchon, dans un remarquable travail sur les logements insalubres et la tuberculose à Bordeaux, se sont intéressés à la question du taudis.

Sur 117 logements insalubres bordelais, 118 contiennent un ou plusieurs tuberculeux, soit 84,74 p. 100 des logements insalubres.

Sur 77 ouvriers entrant au Sanatorium Arnoz en 1927, 24 possédaient des maisons insalubres (31,16 p. 100). Sur les 77 maisons ouvrières dont sont sortis un tuberculeux pour le sanatorium, 46 maisons ont déclaré au moins un mort par tuberculose (60 p. 100).

Enfin, à Bordeaux, comme à Paris, la carte de surpeuplement coïncide intégralement avec la carte de mortalité par tuberculose.

Il semble que de telles observations auraient dû être le point de départ d'un large programme d'ensemble, au sein des organisations antituberculeuses, pour lutter contre le taudis. « La tuberculose est à peu près intégralement une question de logement », écrit Juillerat, en 1904, dans la *Revue d'hygiène*. Qu'ont fait les organismes antituberculeux dans ce domaine ? Quelques efforts désordonnés, impuissants, aucun plan d'ensemble rationnel et efficace.

La loi Loucheur (du 13 juillet 1928) a commencé à assurer la construction et l'aménagement d'immeubles salubres. La circulaire n° 9 commentant cette loi rappelle : « Il faut qu'en même temps que ces maisons s'édifient, disparaissent les taudis, qui sont une misère sociale des grandes villes. » [32]. A côté de la loi existent des groupements officiels ou privés qui travaillent à la disparition des logements insalubres. Ce sont les offices publics d'habitations à bon marché (1) (294 offices répartis dans 89 départements, y compris l'Algérie), les sociétés anonymes d'habitations, les sociétés de secours mutuels, des entreprises patronales, quelques œuvres philanthropiques. Seules, les œuvres antituberculeuses officielles ne participent pas à ce travail en commun. La chose, pourtant, les intéresse étroitement. Bien mieux, aucun lien, aucune liaison, n'est établie entre les organismes, sociétés ou offices chargés de construire les habitations à bon marché et les services de la lutte antituberculeuse. Si la loi du 13 juillet 1928 est bien une loi de protection sanitaire, il semble que la participation du Comité national de défense contre la tuberculose et de toutes les organisations départementales soit nécessaire à son application.

Ainsi donc, non seulement les œuvres antituberculeuses ne font aucun effort personnel contre le logement insalubre, mais encore elles n'ont aucun lien avec les organismes qui luttent contre le taudis.

Quant à la lutte contre la misère, nous sommes en présence d'un facteur social si complexe qu'elle ne peut être, contrairement à la lutte contre le taudis, le monopole d'une seule organisation.

Souhaitons toutefois que l'application ordonnée de la nouvelle loi sur les assurances sociales puisse contribuer à rele-

(1) A l'Office public de Paris, fonctionne un service social dans les différents groupes de maisons qui comprend : 34 infirmières, pour jardins d'enfants, avec 4 médecins, 14 assistantes sociales et 8 infirmières pour le service médico-social.

ver le sort des miséreux qui paient un si large tribut à la phtisie.

Enfin, espérons que le phtisiologue veuille se résoudre à être enfin un hygiéniste, à se rappeler que des facteurs sociaux de première importance, remarqués de tout temps par les praticiens provoquent et facilitent l'éclosion de la tuberculose et doivent être combattus de façon énergique et rationnelle. C'est qu'en effet les découvertes du laboratoire, les traitements divers, les savantes hypothèses sur le mécanisme de l'injection, ont absorbé la plus grande partie de l'attention des médecins et leur a fait négliger la vieille observation de ces facteurs étiologiques de la tuberculose « comme si un fait nouveau, si important qu'il soit, pouvait annuler les observations de plusieurs siècles. » [1].

DEUXIÈME PARTIE

LES FORMATIONS POST-SANATORIALES

Citer tous les auteurs qui se sont occupés de la reprise du travail par le tuberculeux convalescent serait nommer la presque totalité des phtisiologues.

En effet, il semble bien que, dès l'ouverture des premiers sanatoriums populaires, l'attention des médecins ait été attirée par les dangers de l'oisiveté de la cure sanatoriale. Il en est résulté une éclosion d'œuvres para-sanatoriales nombreuses, très différentes les unes des autres et souvent d'existence éphémère. C'est au milieu de ces efforts disséminés, brouillons et désordonnés, que nous avons essayé néanmoins de distinguer *quatre périodes* successives dans l'évolution des œuvres post-sanatoriales.

1° *Une première période de précurseurs*, qui, guidés par leur sens clinique et leur expérience, ont essayé au sanatorium de réadapter au travail le tuberculeux convalescent, allant jusqu'à organiser de véritables colonies autonomes analogues aux plus récents établissements post-sanatoriaux modernes.

2° *Une seconde période*, de 1908 environ à la guerre, dominée entièrement par les travaux de Paterson, qui considère le travail musculaire comme une méthode de cure de la tuberculose. Le travail est systématiquement appliqué et dosé au malade dans un grand nombre de sanatoriums. Il n'est plus un facteur de relèvement social, c'est une thérapeutique.

3° *Une troisième période*, née des premiers mois de la

guerre et s'étendant sur quelques années après elle. Les hostilités ont révélé et provoqué l'existence d'un nombre considérable de tuberculeux. Ils sont si nombreux « que leur participation à la vie sociale est indispensable et que leur suppression brusque tarirait du même coup la vie économique du pays » [50]. En France, particulièrement, le Service de santé militaire crée des colonies de rééducation au travail, aux résultats excellents mais à durée trop courte.

4° *Une quatrième période : l'actuelle.*

I. — *Période des précurseurs.*

Bien avant Brehmer et la méthode hygiéno-diététique, dès le xiv^e siècle, l'Anglais Sydenham préconise, véritable précurseur de Paterson, l'exercice physique, et en particulier l'équitation, comme traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire. En effet, explique Van Switen, les secousses ressenties au cours des promenades à cheval, ainsi du reste qu'en bateau, favorisent l'activité et la dilatation du poumon.

Mais plus intéressante est la méthode de l'Italien Salvadori, qui, un siècle plus tard, conseille à certains de ses malades un travail manuel, comme le sciage du bois, et tâche de développer chez eux le goût de ces exercices pour oublier leur propre maladie et leur procurer un élément de distraction.

Brehmer lui-même, dans le parc de Görberdsdorf, applique la méthode de la marche graduée sur des chemins à inclinaisons variées. « L'exercice, dit-il, doit être approprié exactement à l'état actuel des forces et de la maladie. »

En 1902, Lipp, au Sanatorium Ernst-Ludwig, près de Sandbach (Hesse), fait travailler ses malades, deux à six heures par jour, à la menuiserie, la peinture, le jardinage.

En Norvège, Grundt, au Sanatorium de Lyster, pendant une demi-heure à trois heures, emploie le tuberculeux à des travaux de terrassement, de déblaiement de la neige, de débit de bois, de construction de route.

En Suisse, Schwal, au Sanatorium bernois de Heiligemchwendi, a créé quelques petits ateliers de menuiserie et un grand jardin potager entretenu par les malades.

Mais il convient surtout de noter deux tentatives françaises de colonies agricoles pour les tuberculeux sortis du sanatorium. Si l'expérience n'a pas réussi, elle a été le noyau de cristallisation d'où sont parties les colonies agricoles anglaises de la période de Paterson : ce sont la colonie agricole du Cannet du Docteur A. Vaudremer et du village agricole de Montigny du Docteur Calmette.

La colonie agricole du Cannet [74], près de Cannes (Alpes-Maritimes), fut fondée, dès 1896, par le Docteur Al. Vaudremer. Son but était de faire retourner à la campagne et à la saine culture de la terre certains tuberculeux sortis du sanatorium.

Le travail, approprié à chacun des malades, consiste dans la culture des primeurs, la greffe des arbres, le bouturage des arbustes, la taille de la vigne, la production d'espèces nouvelles de fleurs. Un plan d'ensemble prévoyait, dans un emplacement vaste, des pavillons construits sur un modèle simple et peu coûteux pouvant abriter deux ménages séparément. Leur mobilier est uniforme, basé sur les principes de l'hygiène moderne; leur sol, leurs murailles, leurs meubles, sont lavables. Tout ménage entrant à la colonie accepte de se soumettre à une visite domiciliaire, faite par le médecin directeur aussi souvent qu'il plaira à celui-ci de la faire, et aux heures quelconques qui lui conviendront.

La colonie dura huit ans, et, au Congrès de Bruxelles de 1903, Vaudremer formulait les conclusions suivantes : « Les nouveaux pensionnaires admis à la colonie ont tous eu besoin de s'acclimater et de subir un entraînement progressif. Le médecin en chef a donc tout d'abord imposé la cure sanatoriale pendant un temps variable suivant leurs réactions individuelles.

» Le convalescent tuberculeux, lorsqu'il reprend une vie active, est quelquefois arrêté par une légère augmentation

de température le soir, et par un abaissement thermique anormal le matin, vers 5 heures. Ce sont des indications dont il faut tenir compte : elles correspondent à un excès de fatigue. Dans ce cas, il est nécessaire de faire reposer le pensionnaire et de lui prescrire la cure de chaise longue. Le plus souvent, cet incident ne se produit pas ou va en décroissant progressivement. Il faut, en tout cas, avoir du doigté et ne pas établir une règle uniforme.

» Il est intéressant de suivre les jeunes gens soumis à cet entraînement prudent. Leur développement thoracique est des plus nets; ils perdent généralement un peu de leur poids, mais cette diminution s'arrête rapidement; leur aspect se transforme : de bouffis et pâles qu'ils étaient, ils deviennent le plus souvent colorés et bien musclés. » [73].

Le *village de Montigny*, en Osbrevent, fondé en 1900 par le Docteur Calmette, dans le Nord, et analogue à la colonie du Cannel, ferma ses portes, comme elle, pour des raisons de carence budgétaire.

Remarquons néanmoins que, dès 1896, bien avant les expériences classiques des colonies britanniques pour tuberculeux, furent organisés en France de véritables villages sanitaires du type même de celui de Papworth, dont le début réel ne date que de 1920. Là comme ici, le tuberculeux travaille et vit au milieu des siens. Et, actuellement, après trente-cinq ans, les plus récents projets de village-sanatorium en France et à l'étranger n'ont pas d'autres buts ni d'autres méthodes.

« Aujourd'hui, d'ailleurs, écrit Vaudremer lui-même [73], le système a été si bien adapté, surtout à l'étranger, en Angleterre particulièrement, que notre méthode, au sujet de laquelle nous avons documenté nos confrères anglais, revient chez nous revêtue d'une étiquette anglaise et a l'honneur du succès dans les journaux médicaux français, opposés à la méthode allemande; nous en revendiquons la propriété, non pas seulement pour nous, mais pour la médecine française. »

II — *Période de Paterson.*

C'est en 1905 que Paterson s'aperçut, en ordonnant à certains tuberculeux un travail gradué, que l'appétit augmentait et que l'état général et la résistance des malades se relevaient.

En 1907, ayant eu connaissance, par Inmann, de la théorie de l'auto-inoculation de Wright, il lui sembla évident que le succès du travail gradué provenait, sous l'influence du repos et de l'exercice, de l'inoculation du malade par ses propres toxines, de l'auto-inoculation.

En effet, tous les mouvements actifs et passifs amènent au niveau du foyer une résorption plus intense de produits toxiques, d'où apparition de phénomènes généraux (fièvre, céphalée, anorexie, asthénie), mais aussi de phénomènes de défense de la part de l'organisme. Toutefois, si les agents toxiques sont en trop grande abondance, les anticorps, ou substances protectrices, seront submergés. D'où deux principes :

- 1° Atténuation, par *le repos*, des auto-inoculations quand les substances protectrices sont incapables de lutter avec elles;
- 2° Production artificielle, par *le travail gradué*, d'auto-inoculations adaptées à la résistance des substances protectrices.

La théorie s'appuyait et était confirmée par l'étude parallèle de l'indice opsonique étudié dans le sang des malades.

En janvier 1908, Paterson exposa à la Société médicale de Londres les méthodes appliquées dans son sanatorium de Frimley et leurs résultats. Un mois plus tard, dans *The Lancet*, R.-V. Philip montre, à son tour, les résultats du travail gradué, tel qu'il existe à l'Hôpital royal Victoria pour tuberculeux, à Edimbourg.

La même année, au VI^e Congrès de la tuberculose, à Washington, Paterson renouvelle sa communication, et, par sa

nouvelle méthode de cure, enthousiasme la grande partie de son auditoire. C'est Woodcock qui compare les sanatoriums à de véritables ruches bourdonnantes; ce sont Gardiner et King qui préconisent le travail jusque dans les sanatoriums à classe aisée; c'est Williams qui affirme que, si la cure est suivie intégralement, elle rendra superflue la création des colonies de travail.

Comment est appliquée la méthode de Paterson ?

Dès son arrivée au sanatorium, le malade est mis au repos complet au lit jusqu'à l'apyrexie absolue.

Puis, pendant dix jours, progressivement, il se lève; il est mis ensuite à la promenade graduée, de 1/2 mille jusqu'à 6 milles par jour.

Enfin, on passe à la cure de travail proprement dit, divisée en six degrés :

DEGRÉS I, II, III. — *Travail du panier*, dont chaque degré dure une semaine, et qui consiste à porter une charge de matériaux :

- a) de 12 livres à 50 yards, 80 fois par jour;
- b) de 18 livres à 50 yards, 80 fois par jour;
- c) de 24 livres à 50 yards, 80 fois par jour.

DEGRÉ IV. — Travail de *la petite pelle* et de la petite pioche : durée, deux semaines.

DEGRÉ V. — Travail de *la grande pelle* et de la grande pioche : durée, deux semaines.

DEGRÉ VI. — Même travail qu'au degré V, mais pendant six heures par jour, alors que tous les degrés précédents ne comprennent que quatre heures de travail.

Il existe des variantes à l'infini de cette méthode, mais tout y est toujours réglé avec minutie quant au poids de l'outil, la durée du travail et la valeur de l'énergie dépensée. Philip ne va-t-il pas même jusqu'à faire adopter par ses

malades des brassards de différentes couleurs suivant les degrés du travail ?

Ce travail est, avant tout, un médicament, et comme tel ne peut être une source de revenu pour le tuberculeux. Quelques sanatoriums, toutefois, remplacèrent peu à peu cet exercice monotone par une occupation à but utilitaire, permettant au malade d'apprécier les résultats pratiques de son labeur.

L'engouement pour cette méthode s'étend rapidement, et, vers 1912, 15 établissements sanatoriaux anglais pratiquent la cure de travail. En Amérique, cinq sanatoriums ont adopté la nouvelle thérapeutique. En Allemagne même, la vieille méthode allemande du repos est ébranlée, et, dans une demi-douzaine d'établissements de cure, les tuberculeux travaillent.

En Suède, à Soderly, au Sanatorium de Stockholm, les malades sont soumis à des occupations régulières, ainsi qu'à Leysin, en Suisse, non seulement pour des raisons thérapeutiques, mais encore pour ne pas faire oublier au malade le goût du travail et pour le préparer à la vie normale. Car si Paterson et ses collègues britanniques ont perdu complètement de vue le côté pratique et social de l'exercice du travail, quelques phthisiologues, à cette époque, n'ont pas eu leur aveuglement.

Enfin, en France, Dumarest, dès 1909, fait connaître l'œuvre de Paterson. Mais « les cliniciens français témoignent à l'égard de la cure de travail, sinon une hostilité franche, du moins une réserve manifeste » [73]. Cependant les Sanatorium d'Hauteville (Ain), de Bligny (Seine-et-Oise), de Sainte-Feyre (Creuse), de Bon-Accueil (Hérault), adoptent la nouvelle thérapeutique. Bouloumié, à la colonie agricole de Tonnay-Charente (Charente-Inf.), applique intégralement la méthode de Paterson.

Quels sont les malades que l'on met à la cure de travail ?

Ce n'est ni selon le degré de gravité des lésions ni selon la forme anatomo-pathologique que sont sélectionnés les ma-

lades, mais suivant leur apyrexie, leur résistance, leurs aptitudes individuelles.

Le travail effectué à Hauteville provenait d'une part de la construction d'un chemin pendant l'été, du déblaiement de la neige et du débit de bois en hiver. A Bligny, c'est dans le parc, dans le bois, dans les jardins potagers, dans les dépendances de l'exploitation agricole, que furent organisées, et sont organisées encore, les cures d'entraînement au travail.

Les résultats, du point de vue clinique, sont les suivants : les forces, l'essoufflement, l'expectoration, l'appétit, s'améliorent; le poids diminue au début, pour s'accroître ensuite.

La température se régularise progressivement, et ses réactions à l'occasion des exercices même très rudes disparaissent. Ces réactions sont, du reste, sans rapport avec la gravité lésionnelle apparente et sont réduites au minimum à l'occasion du travail professionnel antérieur du malade, en raison de l'accoutumance musculaire.

La capacité respiratoire et l'ampliation thoracique augmentent; la tachycardie diminue; la pression artérielle s'est renforcée. Au point de vue général, cette amélioration de l'état des malades montre toutefois que les résultats statistiques fournis, d'une part, par la cure sanatoriale ordinaire et la cure de travail, d'autre part, ne présentent pas de supériorité très apparente au profit de l'une des deux méthodes. Par contre, les avantages, du point de vue de leur qualité, apparaissent clairement dans les résultats de la méthode du travail qui rend à la vie normale des individus entraînés à la reprise de leur activité professionnelle. C'est là le côté pratique de la méthode de Paterson, qui mérite aujourd'hui d'être retenu. Car, si l'on se rappelle que les tuberculeux soumis à cette méthode sont tous apyrétiques, stade auquel sont renvoyés immédiatement les malades de nos hôpitaux-sanatoriums, la méthode de Paterson nous apparaît alors comme une véritable œuvre post-sanatoriale des plus utiles et des mieux organisées.

Quant à la valeur thérapeutique du travail gradué sur les

lésions tuberculeuses, de celle de l'auto-inoculation, il semble bien qu'aujourd'hui la question soit jugée, témoins les conclusions mêmes du rapport du Docteur Guinard, sur ce sujet, à la Conférence internationale de Bruxelles de 1922 : « Le travail, souvent cause d'évolution, d'aggravation et de chronicité, ne peut pas être agent thérapeutique et facteur essentiel de cure de la tuberculose... Tout travail stérile utilisé pour l'entraînement n'a aucune raison d'être... Nous croyons que non seulement il n'y a pas lieu de faire intervenir une auto-inoculation curative et immunisante de tuberculine endogène, par résorption des produits tuberculeux provenant des foyers, mais qu'il faut admettre que, si ces produits étaient déversés dans la circulation en quantité notable, ils seraient plutôt nuisibles. » [77].

III. — *Période de la guerre.*

En France, toute notre législation antituberculeuse date de la guerre. Dès 1915, les conseils de réforme révèlent la présence d'un nombre considérable de tuberculeux et les renvoient, en majorité sans pension, dans leurs foyers. Ce danger de contamination massive par la collectivité émeut le Parlement, qui, après l'appel de Landouzy, « invite le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour donner aux tuberculeux les soins et l'éducation avant leur renvoi dans leurs foyers ».

Le 18 octobre 1915, la loi d'assistance aux militaires tuberculeux réformés ou en instance de réforme est votée, et des établissements de cure, les stations et les hôpitaux sanitaires, sont peu à peu créés sur tout le territoire et portés bientôt au nombre d'une trentaine.

Dans plusieurs de ces formations, des médecins en chef, désireux d'appliquer plus complètement encore le programme de soins et d'éducation de tuberculeux, entreprennent la réadaptation du malade au travail et à la vie normale avant de le laisser partir vers ses foyers.

Nous assistons alors à une éclosion de colonies de réadaptation au travail, comme celles du Béquet, de Campagne-les-Bains, de Champrosay, de la Côte-Saint-André, de Sainte-Garde, de Melleray, de Bligny, de Boulou-les-Roses, de Passy-Véron.

La colonie de réadaptation au travail du Béquet fut créée, en 1918, par le Professeur Leuret, médecin-chef de l'Hôpital sanitaire du Béquet, dans la banlieue bordelaise.

Les tuberculeux apyrétiques de l'Hôpital étaient mis au travail progressivement et sous la surveillance constante du médecin. Le travail s'effectuait, en plein air, dans deux galeries couvertes adossées l'une à l'autre et orientées de façon à permettre en tout temps le fonctionnement des ateliers.

Les tuberculeux se livraient à des travaux de vannerie et à la fabrication de sandales de corde (cette dernière section dut être abandonnée à cause du travail pénible qu'elle nécessitait). Une entente avec un marchand des Halles fut conclue, et des corbeilles à fruits ou à légumes, préalablement désinfectées, lui étaient régulièrement livrées.

Le bénéfice hebdomadaire réalisé était minutieusement réparti chez les malades selon les heures de travail qu'ils avaient fournies dans la semaine. Généralement le tuberculeux recevait, en moyenne, une centaine de francs par semaine, dont on lui abandonnait la moitié comme argent de poche, le reste étant recueilli pour alimenter une masse personnelle, délivrée au malade à sa sortie de l'hôpital.

Une trentaine de tuberculeux travaillaient ainsi sous la surveillance d'un technicien et du médecin-chef.

À la démobilisation, les malades rentrant dans leur foyer, l'œuvre s'éteignit peu à peu.

À *Campagne-les-Bains* (Aude), le Docteur Roux [62] organisa aussi dans un domaine à demi boisé de 35 hectares une école de réadaptation pour les militaires tuberculeux en utilisant de vieux bâtiments et en construisant de petits pavillons en bois peu coûteux. Il s'agissait d'arracher le malade à la ville, en lui apprenant les différentes branches de culture

et les petites industries qui peuvent être exercées à la campagne.

Les sections suivantes sont créées : agriculture, apiculture, aviculture, ferme, porcherie, jardin potager, fabrication de jouets et de balais, reliure.

Les bénéfices atteignirent 6.000 francs en 1917 (la première année), pour s'élever jusqu'à 15.000 francs.

Cette petite cité a son théâtre et son journal.

Au point de vue médical, dès l'arrivée, le malade est mis en observation, de trois semaines à un mois. Si le cas paraît favorable, le travail est entrepris progressivement.

La température est prise avant, immédiatement après et une heure après le travail.

Dans 80 p. 100 des cas, on note 38 degrés à 38°2 à la fin du travail, 37°3 à 37°4 une heure après.

Dans 20 p. 100 des cas, on note 38°5 à la fin du travail, 37°3 à 37°4, une heure après; mais, dans ce cas, le malade doit être suivi de près. Tout colon dont la température dépasse 37°5 le soir est retiré du travail.

Les malades mis au travail sont tous apyrétiques et sont généralement des chroniques.

Sur 1.300 malades, 400 seulement furent réadaptés; 200 se sont installés à la campagne, dont 80 originaires de la ville. Il y eut 80 p. 100 d'amélioration, 15 p. 100 d'états sans changement, enfin 9 p. 100 d'aggravations. Cette œuvre si vivante dut fermer ses portes en plein succès. « Le 15 octobre 1922, le labeur accumulé pendant six ans à Campagne-les-Bains était anéanti. L'Office des mutilés décidait inconsidérément de transporter l'œuvre à Taxil, dans une lande perdue, brûlée par le soleil, desséchée par le mistral, et où, sous l'effet du climat et des politiciens, elle agonisa et mourut. » [80].

Cet effort sans lendemain de réadaptation du tuberculeux à la vie normale en cette période de fin de guerre nous a paru assez typique pour lui faire une place à part dans l'évolution des œuvres post-sanatoriales.

Il est à regretter que ces formations n'aient pas été le

noyau de grandes stations sanitaires fonctionnant sur tout le territoire en vue de rééduquer au travail et de réadapter à la vie normale les tuberculeux aux lésions stabilisées.

IV. — *Période actuelle.*

Elle ne diffère pas de la précédente. Le besoin est toujours le même, plus encore peut-être : continuer les bienfaits de la cure sanatoriale et achever de stabiliser les lésions par la rééducation au travail et la réadaptation à la vie normale. Plus que jamais, nous avons besoin de récupérer nos innombrables tuberculeux.

En effet, nous sommes actuellement en possession de moyens thérapeutiques sérieux qui n'existaient pas en fin de guerre. La collapsothérapie ⁽¹⁾, et plus récemment encore la chrysothérapie, peuvent, dans nombre de cas, arrêter l'évolution aiguë de la maladie dans un délai et une proportion jusqu'ici inconnus. Nos stabilisés et nos convalescents sont de plus en plus nombreux, grossissant toujours davantage au sortir du sanatorium le bataillon des récupérables, de ces malades à suivre, à réadapter à la vie ordinaire. D'où la nécessité, plus impérieuse que jamais, pour ne pas gâcher d'aussi beaux résultats, de multiplier les œuvres post-sanatoriales. Hélas! en France, depuis la fin de la guerre, ces organisations sont en recul.

Examinons tout d'abord l'armement post-sanatorial actuel de la France; nous étudierons ensuite quelques organisations réalisées dans ce domaine à l'étranger.

En France.

Actuellement, ce qui caractérise les œuvres post-sanatoriales françaises, c'est leur prodigieuse insuffisance, leur manque total d'unité et d'idée directrice, leur abandon à l'initiative privée, avec tout ce qu'elle comporte d'impuissance et d'efforts désordonnés.

(1) L'emploi de la méthode de Forlanini est bien antérieur à 1918, mais sa généralisation ne date que de quelques années.

Nous avons essayé d'étudier les œuvres post-sanatoriales en les classant de la façon suivante :

- A. — La réadaptation au travail en sanatorium;
- B. — Les colonies agricoles pour tuberculeux;
- C. — Les écoles de rééducation pour tuberculeux;
- D. — Les ateliers pour tuberculeux;
- E. — Les logements-sanatoriums;
- F. — Les villages sanitaires,

A. — La réadaptation au travail en sanatorium.

C'est l'œuvre qui a été créée, nous l'avons vu, dès les premiers sanatoriums populaires, qui s'est multipliée ensuite à la période de Paterson, et qui subsiste encore aujourd'hui dans la plupart des grands sanatoriums publics français. C'est l'œuvre essentielle de tout l'effort post-sanatorial actuel en France.

Au Sanatorium Arnoz, le Docteur Leuret a destiné tout un bâtiment de 45 lits aux tuberculeux en fin de cure et convalescents : le pavillon des stabilisés. En attendant de trouver au dehors une occupation ou un genre de vie appropriés à leur état, les malades sont invités à exécuter quelques travaux faciles. En plus des ouvrages de couture, de tricotage et de broderie particuliers aux femmes, les malades sont employés quelques heures dans la journée comme infirmier ou infirmière, aide-jardinier, garçon de laboratoire ou d'atelier. Tous ces travaux sont rémunérés par l'Administration du sanatorium.

Malheureusement, les malades, admis toujours en plus grand nombre, envahirent bientôt le pavillon des convalescents, qui désormais ne diffère presque plus des autres bâtiments de l'Hôpital-Sanatorium.

Toutefois, certains malades, en fin de traitement, sont employés de la sorte quand ils le désirent. Et il est à noter que toujours la quantité de travail à exécuter est bien inférieure au nombre des candidats. Bien entendu, le médecin est toujours convié à donner son autorisation et le malade

est suivi tout particulièrement (température, auscultation, radio) pendant la reprise de son activité.

Nous avons été toujours frappé, quant à nous, par l'amélioration spontanée de l'état général à cette période de réadaptation. Si le malade perdait un peu de son poids au début, ses bonnes couleurs, ses yeux vifs, son maintien décidé, formaient un contraste évident avec cette attitude de chien battu si caractéristique du malade en sanatorium.

Quand il se peut, on conserve définitivement le malade comme employé de l'établissement, et, à l'heure actuelle, la plupart de ceux-ci sont d'anciens tuberculeux. C'est, en effet, pour les anciens malades une solution des plus séduisantes que de trouver une occupation rémunératrice au sanatorium lui-même. Tout en travaillant, il ne perd pas contact avec la discipline et l'hygiène sanatoriales, il peut continuer à subir un traitement ambulatoire et, en particulier, des réinsufflations s'il est porteur d'un pneumothorax. Enfin, il jouit d'une surveillance médicale constante.

Malheureusement, l'Administration du sanatorium (Administration des hospices civils de Bordeaux) et le Syndicat des employés des hospices sont hostiles à l'incorporation massive des anciens tuberculeux dans le personnel de l'établissement. On comprend leurs raisons, et, principalement, en période de chômage, les intérêts des travailleurs non malades doivent légitimement être pris en considération.

Néanmoins, chez les quelques malades pour qui cette réadaptation au travail a pu être effectuée au sanatorium, cette solution a donné des résultats excellents. Nous rapportons ici le résumé des observations médico-sociales de certains de ces anciens tuberculeux.

OBSERVATION I.

J... (B.). Il entre au sanatorium le 31 mars 1932. Lobite supérieure gauche évolutive infectante.

8 avril 1922 : Pneumothorax.

1^{er} août 1922 : Garçon de laboratoire (service des cobayes); gagne demi-salaire.

Janvier 1923 : Arrêt du pneumothorax (liquide).

Février 1923 : Employé de bureau (garçon de courses et de l'Internat); salaire entier.

Novembre 1925 : Se marie. Un garçon bien portant en juillet 1928. Habite avec sa famille, à côté du sanatorium, une maison et jardin.

OBSERVATION II.

B... Il entre au sanatorium août 1921. Tuberculose fibro-ulcéreuse évolutive et infectante.

Février 1922 : Pneumothorax, arrêté à cause réaction liquidienne.

Février 1922 : Le malade s'occupe dans un service du sanatorium. Touche légère rémunération.

1923 : Employé du sanatorium à salaire normal. Est marié depuis 1918, possède trois enfants bien portants dont deux nés après la maladie. Habite avec les siens dans la commune.

OBSERVATION III.

C... (R.). Il entre au sanatorium, en février 1929, porteur d'un pneumothorax depuis avril 1928. Fait fonction d'interne au sanatorium.

Novembre 1929 : Se marie et habite une villa à proximité du sanatorium. Deux enfants bien portants.

OBSERVATION IV.

M... (M.). Elle entre au sanatorium le 10 novembre 1922. Tuberculose fibro-caséeuse peu évolutive.

Août 1923 : Pneumothorax.

Début 1924 : La malade s'occupe à des travaux d'écritures soit au laboratoire, à la salle de réinsufflation des pneumothorax, soit au service de laryngologie. Touche un demi-salaire.

1928 : Arrêt du travail : poussée congestive et hémoptysie. Durée, trois mois.

Décembre 1929 : La malade est employée comme secrétaire aux Bureaux du sanatorium et touche un salaire normal.

Le pneumothorax est toujours entretenu (huit ans et demi).

Habite, avec sa mère, à proximité du sanatorium, une villa au milieu.

OBSERVATION V.

G... (M.). Elle entre au sanatorium le 16 avril 1923. Lobite supérieure gauche évolutive infectante ulcérée. Pneumothorax arrêté au bout de quatre mois par réaction liquidienne.

Janvier 1925 : La malade est employée à la lingerie et presque aussitôt travaille normalement et reçoit un salaire entier.

1928 : Arrêt du travail : poussée congestive. Durée, deux mois.

Habite, à proximité du sanatorium, une maison entourée d'un jardin.

OBSERVATION VI.

L... (Germaine) entre au sanatorium le 25 janvier 1926. Infiltration légère du tiers supérieur du poumon droit. B. K. +. Cure sanatoriale simple.

1927 : La malade est employée à la pharmacie, ne reçoit encore qu'un demi-salaire et vit au sanatorium. L'administration s'oppose à sa titularisation dans le personnel.

Les observations de ces malades méritent quelques réflexions. Tous ces tuberculeux ont été soignés au sanatorium, et, après amélioration de leur état, se sont livrés à un léger travail dans l'établissement lui-même. Après avoir reçu pendant quelques mois un demi-salaire, peu à peu ils ont été assimilés à un employé normal du sanatorium touchant un salaire entier et leur nom a été rayé définitivement du registre des malades.

Le travail effectué a toujours été des plus doux, et, actuellement, s'ils travaillent régulièrement huit heures par jour, leurs occupations ne sont pas au-dessus de leurs forces.

Du point de vue médical, leurs lésions tuberculeuses ne présentent entre elles aucune similitude de formes, d'étendue et d'activité. Il semble que toutes les modalités de la tuberculose pulmonaire soient aptes à être réadaptées au tra-

vail. Toutefois, la majorité de ces malades sont d'anciens porteurs de pneumothorax, à durée variable, et ayant présenté plus ou moins d'accidents entre les insufflations. Beaucoup se livraient au travail, leur pneumothorax en cours. Le plus souvent, les malades venaient spontanément réclamer leur réinsufflation, après laquelle « ils se sentaient, disaient-ils, plus soutenus, plus en train, plus vigoureux ». La collapsothérapie paraît être la source de recrutement la plus sûre, la plus abondante pour la réadaptation au travail du tuberculeux.

Du point de vue social, il est remarquable que tous ces malades vivent de leur salaire et font vivre parfois toute une famille.

Quelques-uns, en effet, ont fondé un foyer. Et il nous faut bien constater que le mariage — contrairement à l'avis de certains — a été pour ces anciens malades un facteur de stabilisation. La plupart du temps, le sujet accuse alors une augmentation sensible de son poids, quelques-uns ont remarqué une amélioration notable de leur état général. Tous, enfin, se sont accordés pour louer les bienfaits de leur union.

La chose est aisée à comprendre : une vie régulière, stable, normale, a commencé pour eux. Le pain assuré, la présence constante de l'épouse, qui a remplacé l'infirmier anonyme, la vie calme du foyer, la joie et la fierté de voir survenir et grandir ses enfants, ont transformé complètement le cadre moral de l'ancien pensionnaire de sanatorium. Il n'est plus ce qu'il a cru longtemps être, un paria et un inutile. Et du point de vue de la collectivité, la fondation d'une famille, la naissance de plusieurs enfants, représentent un capital à valeur inestimable et tout à l'honneur du tuberculeux.

Dans ces foyers, l'hygiène la plus stricte est observée, les conseils de la visiteuse sont inutiles, le chef de famille vit continuellement dans l'atmosphère du sanatorium; il en est imprégné, sa femme et ses enfants en bénéficient. Et de fait tous les enfants de ces malades ont une constitution et un état de santé particulièrement robustes. Enfin, ces malades sont logés à proximité du sanatorium, dans des petites villas

où ils continuent à bénéficier des avantages climatiques de la station sanatoriale. Du reste, ils ont été imités en cela par beaucoup d'anciens malades, qui ont trouvé sur place une occupation rémunératrice et sont venus s'installer sur tout le territoire de la commune de Pessac, prolongeant en quelque sorte leur séjour sanatorial. Nous sommes là en présence d'un phénomène qui se produit sur une plus grande échelle dans les grandes stations climatiques pour tuberculeux et qui mérite d'être encouragé par les pouvoirs publics locaux. « A Hauteville-Lompdes, écrit Bonnafé [9], comme dans toutes les stations similaires, sont venus se fixer après leur cure ou pour continuer leur traitement de nombreux malades avec leurs familles. La plupart des commerçants, des tenanciers de pensions et d'hôtels, des fonctionnaires, des employés, sont des malades stabilisés, ou bien ils se sont installés dans la station pour soigner un des leurs. Il existe donc, à côté des tuberculeux en traitement, un grand nombre d'anciens malades, plus ou moins équilibrés, qui travaillent tout en profitant de la cure d'air et de l'organisation médicale de la station. N'est-ce pas là une réalisation spontanée du village-sanatorium? »

Bien entendu, des précautions de prophylaxie et d'hygiène indispensables sont observées par les malades eux-mêmes, mais aussi par la population autochtone. Tel est l'aboutissement ultime de la réadaptation au travail et à la vie normale en sanatorium.

En ce qui concerne la critique de cet emploi des malades dans le personnel de l'établissement, reconnaissons que la réadaptation au travail et à la vie normale dans ces conditions est parfaite. Malheureusement, nous l'avons vu, les intérêts professionnels des employés non malades des établissements sanatoriaux sont hostiles à cette solution et parviennent souvent à eux seuls à la détruire. Mais surtout, cette méthode de réadaptation au travail ne peut s'effectuer que sur une échelle infiniment réduite. Tous les convalescents de tuberculose ne peuvent devenir des jardiniers ou des infirmiers de sanatorium. Et si cette période de réadaptation n'est

que transitoire et précède la reprise effective d'un autre travail au dehors, elle est utile, mais bien insuffisante. Car pour être efficace, elle doit être d'une durée bien supérieure à la cure sanatoriale proprement dite, et l'on comprend le peu d'attrait que présente pour le tuberculeux l'entraînement à un métier qu'il sait devoir quitter dans quelque temps.

Mais à côté de cette utilisation des malades dans le personnel de l'établissement où ils viennent de faire un séjour, existent, dans certains sanatoriums, de véritables ateliers et ouvriers tels que ceux qui fonctionnèrent en si grand nombre à la période de Paterson. Les travaux exécutés sont du reste les mêmes que ceux de cette époque. Ils sont rémunérés. Généralement, le malade touche une partie du salaire pour lui servir d'argent de poche, le reste est gardé par l'administration et constitue une masse délivrée au tuberculeux à sa sortie. Enfin, dans certains établissements, comme au Sanatorium Mangini, à Hauteville, existent des cours de perfectionnement, de dactylographie, d'infirmière, etc.

Cette utilisation des tuberculeux en atelier dans le sanatorium, si elle fut florissante à la période de Paterson comme cure proprement dite de la maladie, se heurte aujourd'hui à de grosses difficultés qui découragent l'initiative des médecins de sanatorium. A l'heure actuelle, bien rares sont les organisations de ce genre fonctionnant de façon continue et satisfaisante (4).

C'est qu'en effet une telle œuvre demande un chef, et les médecins sont bien trop occupés, en général, par les soins à donner à leurs malades pour consacrer ailleurs la grosse partie de leur activité que nécessite la marche de telles formations. La présence constante d'un médecin jouissant de qualités d'ordre et d'initiative, de suite dans les idées, d'autorité auprès des malades, paraît indispensable. Tous les auteurs, et Paterson lui-même, se sont étendus sur la difficulté de faire adopter par le malade l'idée du travail comme

(4) Au sanatorium de Mardor, dirigé par le Docteur Roux, fonctionnent actuellement un atelier de vannerie, de menuiserie, et une section d'avi-culture.

facteur de guérison et de stabilisation. Tout est délicat dans cette entreprise, qui mérite constamment une surveillance étroite.

De son côté, la recherche d'un bon technicien, d'un chef d'atelier, et particulièrement d'un convalescent de tuberculose, est difficile, et de lui peuvent dépendre le goût des malades pour le travail et la bonne marche générale de l'œuvre. Si le choix des différents modes de travaux à exécuter est assez large, la question de l'écoulement et de la vente au dehors des produits manufacturés est délicate et souvent impossible à résoudre. Ces produits ne doivent être en aucun cas assimilés à un objet de vente de charité. Une entente avec un commerçant est indispensable. Mais, pour cela, il importe que l'organisation même du travail soit solide, régulière et productive. Car il faut que l'objet fabriqué au sanatorium puisse, sur le marché, lutter à armes égales avec les marchandises manufacturées dans le commerce.

De plus, pour être efficace, cette période de réadaptation double ou triple la durée véritable de cure. Il se produit fatalement un encombrement de malades, une raréfaction des lits disponibles, bref, un amoindrissement fort appréciable de tout le rendement sanatorial de l'établissement.

Enfin, le malade qui s'adapte au travail est toujours pensionnaire du sanatorium. Il est soumis à sa discipline et à son genre de vie si particulier, qui lui pèsent d'autant plus lourdement que son séjour s'y prolonge.

Une telle œuvre si complexe, qui demande tant d'attentions et de temps pour la mener à bien, ne paraît pas être à son aise dans le cadre du sanatorium, établissement de cure. Elle réclame son autonomie.

Toutefois, comme la réadaptation au travail doit être surveillée étroitement, en particulier par le médecin qui vient de diriger la cure sanatoriale, il semble que ces malades pourraient être rééduqués dans des bâtiments spéciaux, en dehors des pavillons de cure, jouir d'une discipline plus large et d'un genre de vie plus attrayant que les tuberculeux qui sont soumis au traitement sanatorial.

B. — Les colonies agricoles.

Toutes les colonies créées par le Service de santé militaire ont disparu, et à l'heure actuelle nous ne possédons aucune véritable colonie agricole pour tuberculeux adultes sortis du sanatorium. De même, la colonie de Taxil, fondée dans le Var par le Comité national de défense contre la Tuberculose, dut fermer ses portes en 1924. Cette œuvre s'était heurtée à des obstacles matériels et en particulier à la difficulté de recrutement de ses colons, qui annihilèrent ainsi tout résultat pratique.

Les établissements actuels, destinés aux enfants, tiennent beaucoup plus du préventorium que de l'œuvre post-sanatoriale.

Toutefois, la colonie franco-britannique du château de Sillery mérite une place à part et un examen particulier de son fonctionnement.

Le Préventorium de Sillery [34], colonie d'adaptation à la vie rurale, fut fondé par le Comité franco-britannique, que préside à Londres Mme la vicomtesse de la Panouse. Ce comité, après avoir doté pendant la guerre nos soldats et nos populations des régions envahies de nombreuses formations sanitaires et de dons en nature, réunit « des sommes importantes destinées à la création d'une œuvre qui perpétuerait le souvenir de l'admiration anglaise pour l'héroïsme français ». C'est ainsi qu'avec le concours médical du docteur L. Quinard, la Franco-British Colony for convalescents acquit le domaine du château de Sillery, à 20 kilomètres de Paris. En 1919, la direction de l'établissement est confiée à Mlle A. de Pitteurs.

L'aménagement de la colonie comprend : au château, 60 lits pour adultes et jeunes gens avec infirmerie et services spéciaux; à l'annexe, 40 lits pour les enfants au-dessous de 13 ans, avec lavabos, bains et salle de récréation. En tout : 100 colons. Quant au recrutement : « Pas de sanatorium, dit

Quinard, mais un simple préventorium, une colonie de rééducation pour sujets aptes au travail. Pas de malades avérés, ni de tuberculeux pouvant parfois cracher des bacilles; seulement des menacés par contact ou par antécédents personnels et familiaux chargés, ou bien des anciens malades, dont les lésions parfaitement stabilisées ne doivent plus laisser échapper de germes dangereux. »

Vu ce choix spécial des pensionnaires, une visite médicale est suffisante tous les quinze jours. L'examen d'entrée est sévère, et on ne conserve jamais de bacillaires à la colonie.

Du point de vue de l'enseignement, nous assistons à une triple éducation : professionnelle, physique, intellectuelle et morale.

EDUCATION PROFESSIONNELLE. — Elle comprend les spécialités suivantes :

Horticulture : Culture des plantes potagères, culture des fleurs, arboriculture (arbres fruitiers et d'ornement).

Elevage : Animaux de basse-cour, porcherie.

Laiterie : Lait, beurre, fromage.

Apiculture.

Cet enseignement pratique est complété deux fois par semaine par des leçons théoriques du jardinier-chef. Au-dessus de 15 ans, les colons appartiennent à la première division; au-dessous, à la deuxième division.

Pour la première division, quelques-uns, les nouveaux ou les malades, ne travaillent pas, d'autres ne travaillent qu'une demi-journée, d'autres travaillent toute la journée, sauf pendant la cure de repos obligatoire; enfin, ceux qui sont sur le point de partir travaillent sans faire la cure. Pour la deuxième division, les enfants vont en classe le matin, puis l'après-midi, après la cure de repos et de silence, ils vont s'occuper dans le jardin ou le parc.

Aucune rémunération n'est consentie aux élèves.

EDUCATION PHYSIQUE. — Elle prend une place importante dans la vie des colons. Jeux, exercices gymnastiques, sports, sont régulièrement mis en pratique.

EDUCATION INTELLECTUELLE ET MORALE. — Outre l'école primaire fonctionnant au château, des cours professionnels, des causeries, des conférences, viennent compléter l'éducation professionnelle et morale des élèves. On tâche, de plus, à développer chez eux le goût des travaux des champs et l'amour de la vie à la campagne pour lutter contre les centres attractifs que représentent les villes et leurs distractions.

Si, en 1921, 10 élèves ont été placés jardiniers, en 1926, 43 d'entre eux ont trouvé une place dans l'horticulture. Enfin, une amicale et un journal forment un trait d'union très vivant entre les anciens et les élèves de la colonie.

Comme pour toutes les organisations de ce genre, on remarque un rayonnement bienfaisant de la colonie sur le voisinage, elle devient un exemple et un modèle de prophylaxie et d'hygiène.

Nous sommes en présence d'une colonie agricole modèle. Si le côté budgétaire n'est pas à retenir, puisque l'œuvre est avant tout philanthropique, il nous a semblé que le travail exercé par les élèves devait surtout attirer l'attention.

Le travail actuel est consacré particulièrement à l'horticulture et au petit élevage. Mais il n'en a pas été toujours ainsi. Un essai de grosse culture fut tenté à Sillery. Il comprenait la culture des céréales, blé, avoine, des betteraves, de la pomme de terre, et l'exploitation du gros bétail. On fut forcé de le supprimer. La grosse culture ne convient pas à des convalescents et à des faibles que sont généralement les pensionnaires de tels établissements. « Le défonçage des terres, le labourage, les travaux de ferme, sont beaucoup trop pénibles et ne préparent pas à une carrière répondant aux aptitudes de la généralité des pensionnaires. » [34]. La profession de fermier et de garçon de ferme est dure. Au contraire, l'horticulture, le travail du jardin, la culture des

légumes, des fleurs, des fruits, des arbres, sont beaucoup plus faciles, moins fatigants, plus agréables et plus attrayants. En quelques mois on peut former un bon aide-jardinier qui pourra devenir à son tour un chef d'entreprise. Ainsi, pour les convalescents de tuberculose : pas de grosse culture, mais le petit élevage et l'horticulture. C'est la méconnaissance de tels principes qui semble être la cause la plus importante de l'échec des tuberculeux entreprenant les travaux de la campagne.

Car cette reprise du travail à la campagne par le tuberculeux convalescent a suscité certaines polémiques.

Quelques auteurs, se basant sur l'échec de quelques tentatives malheureuses de retour à la campagne, ont prétendu que les travaux des champs ne convenaient nullement au tuberculeux. « L'idée faussement popularisée du grand air a fait le plus grand mal », écrit même l'un d'eux. L'agriculture est une occupation qui nécessite un grand savoir-faire; il faut un long apprentissage, et le travail est pénible, surtout pendant certaines saisons. Enfin, à la campagne, les salaires sont bas, on trouve difficilement du travail, l'employeur préférant un paysan à l'ancien tuberculeux. Si le malade veut s'installer à son compte, il doit disposer d'un capital important. Enfin, il faut aussi tenir compte de la résistance déplorable des ouvriers des villes à quitter les centres urbains, où ils ont pris des habitudes dont ils font difficilement le sacrifice.

Si de telles critiques sont valables pour la grosse culture, elles paraissent moins justes à l'endroit du jardinage, de l'horticulture, de l'arboriculture et du petit élevage de basse-cour. Ce travail n'a pas besoin d'un grand savoir-faire ni d'un long apprentissage; il n'est pas pénible. Du reste, les aptitudes et le goût de l'ouvrier pour les choses de la terre ne sont pas aussi nuls qu'on le dit. Beaucoup sont d'anciens ruraux, et il n'est qu'à voir la multitude des petits jardins de banlieue presque toujours très bien tenus par le citadin qui vient y consacrer quelques moments de loisirs.

Toutefois, chez les paysans, les salaires bas et la difficulté à trouver du travail nous paraissent être des raisons importantes qui arrêtent les tentatives de réadaptation du tuberculeux à la campagne.

Le Professeur Leuret avait proposé, en 1917, pour remédier à ces inconvénients, la création d'un Bureau de placement à la campagne pour les tuberculeux sortis du sanatorium. On peut envisager la marche d'un tel organisme de la façon suivante : stabilisation des lésions du malade au sanatorium, entraînement et rééducation progressive aux travaux de la terre appropriés à ses forces, soit en sanatorium, soit dans une colonie agricole autonome, puis, par le Bureau, placement à la campagne du tuberculeux et de sa famille. La chose paraît d'autant plus aisée que les logements vides de paysans sont de plus en plus nombreux, en raison du mouvement continu de désertion des campagnes au profit des centres urbains. Il suffit de parcourir certaines régions de notre pays pour se rendre compte du nombre de fermes vides d'habitants et de l'étendue des terres incultes.

La réalisation d'un tel programme est difficile, mais ne paraît pas impossible. Pour que le rendement d'un tel bureau de placement soit appréciable, il lui faut tout un réseau de correspondants dans les divers centres ruraux (municipalités, associations, syndicats ou coopératives agricoles). Or, c'est là une des grosses difficultés auxquelles se heurte le Service social des Hôpitaux d'adultes de Bordeaux en ce qui concerne le placement des tuberculeux. Ces organismes ne sont pas favorables à l'introduction de tuberculeux dans leur voisinage. C'est la peur du tuberculeux, homme indésirable, qui empêche le plus souvent la collaboration du bureau de placement avec des agents ruraux. La phobie du poitrinaire sévit dans la totalité du public. A la campagne comme à la ville, dans les entreprises privées ou publiques comme chez le particulier, on se heurte à des refus impérieux lorsque le Service social essaie de placer un tuberculeux sorti du sanatorium. Lorsque le malade est accepté ou toléré quelque part.

c'est généralement par charité ou compassion, et, dès lors, rapidement, celui-ci s'aperçoit qu'il est toujours à charge, qu'on lui fait l'aumône, et tout le bénéfice moral de la réadaptation au travail et à la vie commune est, de ce fait, compromis.

De plus, laissé seul au milieu des champs, sans conseils médicaux ni professionnels, trouvant difficilement un débouché à ses produits maraîchers ou d'élevage, le tuberculeux ne réussira pas le plus souvent — à moins de posséder un capital important — à vivre et faire vivre convenablement les siens.

Mais il serait possible, à notre avis, de choisir un secteur déterminé dans une région propice pour y envoyer s'y établir des familles de tuberculeux qui formeraient, dans les nombreuses maisons de campagne abandonnées et facilement réparables, disséminées au milieu d'un certain périmètre, une collectivité rurale qui pourrait jouir des avantages d'une coopérative de production et de vente, de conseils techniques et d'une surveillance médicale.

C'est là, croyons-nous, une réalisation facile et à bon compte d'un village sanitaire à caractère essentiellement rural.

A la sortie du sanatorium, chaque organisation antituberculeuse pourrait ainsi, avec l'aide du dispensaire fonctionnant comme bureau de placement, établir dans un canton du département judicieusement choisi, avec la collaboration des autorités départementales et locales, d'anciens tuberculeux vivant du travail de la terre.

Un dispensaire devrait être annexé à cette œuvre et comprendrait, outre un conseiller technique pris dans une organisation agricole locale, des infirmières visiteuses pour surveiller les fermes de tuberculeux disséminées dans le canton et assurer un service médico-social, enfin un médecin qui dirigerait l'ensemble de l'œuvre.

Telle est, à notre avis, la réalisation la plus judicieuse de la colonie agricole pour tuberculeux, parce qu'elle s'occupe

non seulement du malade, mais aussi de la famille et qu'elle jouit des avantages matériels propres à toutes les œuvres de rééducation post-sanatoriales *collectives*.

C. — Les écoles de rééducation.

Dans ces établissements, le tuberculeux est réadapté à un métier selon les méthodes rationnelles qui président à la rééducation des infirmes et des mutilés. Il existe, en France, 10 Ecoles de rééducation professionnelle, qui sont nées de la guerre et appartiennent à l'Office national des Mutilés et Réformés.

Ces écoles non spécialisées dans la tuberculose admettent à la fois des infirmes, des mutilés et des malades, mais réduquent un bon nombre de tuberculeux. Il y a quelques années, deux écoles de rééducation furent destinées uniquement aux tuberculeux de guerre. Mais, après peu de mois d'existence, elles durent fermer leurs portes.

A Bordeaux [36] fonctionne, depuis le 1^{er} décembre 1915, l'une des plus prospères et des plus anciennes écoles de rééducation professionnelle pour les mutilés et infirmes. Elle comprend des bâtiments d'une superficie de 2.500 mètres carrés, avec 7.000 mètres carrés de cours et de jardins. Elle reçoit 300 élèves, dont 225 internes.

Le tableau suivant montre la proportion de tuberculeux admis à l'Ecole durant cinq années (1^{er} janv. 1926-1^{er} janv. 1931) :

<i>Tuberculeux et gazés</i>	97
<i>Tuberculeux osseux</i>	46
Membre supérieur	112
Membre inférieur	204
Tête et tronc	66
Paralysie infantile	54
Maladies générales	85
Yeuves de guerre	45
TOTAL	709

Dans ce nombre on compte 78 p. 100 de victimes de guerre et 22 p. 100 d'infirmeries civiles.

Les tuberculeux sont examinés soigneusement avant leur entrée et ne doivent, en aucun cas, présenter une expectoration positive. Cette condition indispensable pour la sauvegarde de la santé des autres élèves restreint passablement le recrutement. En plus des tuberculeux stabilisés se trouvent des malades portant les étiquettes suivantes : bronchite suspecte, obscurité respiratoire et condensation pulmonaire, pleurésies, sclérose des sommets, gazés.

L'orientation professionnelle de ces tuberculeux débute par un examen clinique et physiologique.

Les recherches pour évaluer la résistance à la fatigue sont basées sur le travail au cycle ergométrique d'Amar. Les résultats sont enregistrés selon le critère oscillométrique de Pachon en utilisant les méthodes auscultatoire et oscillatoire pour déterminer les variations de pression artérielle. Ces tuberculeux ont subi, à quelques unités près, cette épreuve sans défaillance. Toutefois, des malades présentant des courbes régulières de tension artérielle, qui semblaient présager une résistance normale, se révélaient ensuite incapables d'exécuter un travail d'atelier régulier. On ne peut donc pas se fier à ce premier examen et il est indispensable d'attendre les indications obtenues par un mois d'essai de travail et de surveillance médicale et technique à l'atelier.

Quant au choix du métier, le malade peut l'avoir déjà fixé lui-même, et s'il ne se heurte pas à des contre-indications formelles, on donne satisfaction à l'intéressé. Dans le cas contraire, c'est rendre service au malade que de l'amener à modifier son choix. Mais la chose n'est pas toujours facile et demande beaucoup de tact et d'habileté.

Suivant les nombreuses monographies de métiers qui font ressortir les aptitudes physiques et intellectuelles particulières à chacun d'eux, on oriente le malade vers un métier manuel ou intellectuel en se basant sur les directives suivantes [22].

1° Sauf exception, le malade ne doit pas changer de milieu social (ville ou campagne);

2° Au manuel, conseiller, chaque fois que la chose est possible, un métier ayant le maximum d'affinité avec son ancien métier;

3° Chaque fois que la chose est possible, conseiller au manuel de s'installer à son compte, en faire un artisan ou un petit patron;

4° N'orienter vers les professions libérales que les sujets intelligents, énergiques, ayant une bonne instruction.

Le problème est complexe et délicat : il ne faut pas imposer un métier, mais conseiller et suggérer.

1° PROFESSIONS MANUELLES.

a) *Métiers de force*. — Ils s'exercent en usine, dans un milieu malsain, dans la station debout. L'effort doit y être continu, régulier, quelquefois considérable. Ils sont à déconseiller, et du reste 70 p. 100 des malades exerçaient justement ces métiers et sont venus à l'école pour pouvoir les quitter.

b) *Métiers agricoles*. — Le métier agricole est pénible. Toutefois le tuberculeux peut bénéficier de la vie à la campagne en s'adonnant à de petits travaux et à l'élevage en évitant les brusques variations de température et le vent.

c) *Métiers d'adresse*. — Ils nécessitent alternativement la station debout et assise (vannerie, fabrication de chaises, reliure, dorure, cartonnage). Ces métiers sont les plus avantageux pour les malades. Ils sont variés, ne nécessitent aucun gros effort, s'exercent le plus souvent étant assis, ils offrent l'accession au petit patronat, le malade pouvant ainsi moins travailler et profiter du milieu familial

2° PROFESSIONS INTELLECTUELLES.

Elles demandent un certain degré d'instruction particulier à chacune d'elles.

a) *Commerce*. — Les tuberculeux peuvent y exercer les professions actives et de plein air : placier, commis voyageur, représentant.

b) *Industrie*. — Les malades pourraient être commis d'architecte, dessinateur au service de la voie dans les chemins de fer, conducteur des ponts et chaussées.

En résumé, on doit déconseiller aux tuberculeux tous les métiers de force, tous les métiers violents, tous ceux qui s'exercent dans les milieux confinés.

La marche de la rééducation peut être interrompue par le manque d'entrain du malade, les poussées aiguës de la maladie, l'état mental.

Voici trois exemples :

W..., (Arsène), 22 ans, ancien employé de commerce, réformé le 27 septembre 1918 pour projectile intrapulmonaire et troubles pulmonaires. Entré en rééducation le 8 janvier 1920, dans la Section de comptabilité, quitte l'Ecole, diplômé, le 1^{er} septembre 1921; placé immédiatement a été très bon élève et a accompli sa rééducation dans un temps normal. Il avait consulté 130 fois le médecin traitant et s'était soigné régulièrement.

B..., (Julien), 24 ans, ancien cultivateur, réformé en octobre 1918 pour bronchite chronique. Entré en rééducation le 6 mai dans la Section de sandalerie. Ne se présente jamais à la visite médicale. Son état s'est aggravé et il a dû rentrer chez lui le 4 septembre 1920.

D... (Pierre), 40 ans, ancien surveillant dans une usine; réformé le 23 février 1920 pour congestion pleuro-pulmonaire double et induration des deux sommets. Entré en rééducation dans l'atelier de reliure le 15 juin 1921. Son état, qui était bon à cette date, s'aggrave peu à peu malgré les soins donnés à l'Ecole. Il entre à l'hôpital le 1^{er} août 1921, en sort le 17 mars 1922. Revient à l'Ecole en assez bon état et consulte régulièrement le médecin traitant, mais il doit être réhospitalisé du 5 octobre 1922 au 7 décembre 1922. Cet élève a donc dû interrompre sa rééducation pendant neuf mois et demi.

Ces trois observations sont différentes. Le premier malade se soigne, se fait surveiller médicalement et arrive ainsi à sa rééducation complète. Le second appartient à la catégorie de ceux qui ne se soignent pas ou qui font certains excès (de boissons), son état s'aggrave et nécessite l'hospitalisation. Enfin, le dernier, malgré les soins prodigués, a dû interrompre sa rééducation à cause de poussées congestives.

A la sortie de l'Ecole, il peut être accordé au rééduqué des prêts d'honneur de 5.000 francs pour s'installer petit patron, de même des prêts professionnels de 10.000 francs sont consentis aux anciens élèves qui désirent agrandir leurs affaires.

Les résultats de l'Ecole sont satisfaisants.

Du 1^{er} décembre 1915 au 1^{er} mars 1923, 95 tuberculeux furent élèves de l'Ecole, 59 d'entre eux furent rééduqués, soit 62 p. 100. Les résultats éloignés sont pour 45 tuberculeux réunis après enquête dans le tableau suivant :

MÉTIERS EXERCÉS ET RENDEMENT.

22 déclarent exercer le métier dans lequel ils ont été rééduqués (pourcentage par rapport au rendement normal) :

1 comptable	100 %
1 instituteur stagiaire	80 %
3 emplois administratifs	100 %
1 employé de mairie	100 %
4 mécaniciens d'auto dont :	
1 à	100 %
1 à	75 %
1 à	30 %
1 petit patron.	
1 ajusteur	75 %
5 cordonniers, dont :	
3 petits patrons;	
1 à	75 %
1 à	50 %

4 vanniers :

1 à	?
2 à	35 %
1 à	60 %
1 bourrelier	75 %
1 coiffeur petit patron.	

Ils déclarent exercer un autre métier, dont (pourcentage par rapport au rendement normal) :

1 gardien de la paix	100 %
1 emploi réservé	100 %
1 électricien	60 %
1 tourneur	50 %
2 manoeuvre d'usine	60 %
1 marchand forain	?
1 épicier	?
1 garde de basse-cour	60 %
2 cultivateurs chez eux	?

8 n'exercent aucun métier :

- 6 pour raison de santé;
- 2 en instance de placement.

2 sont dirigés vers une autre école.

2 sont décédés.

QUEL RÔLE PEUVENT JOUER CES ÉCOLES DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE ?

Le mode de recrutement (nécessité de crachats négatifs) ne permet pas la rééducation du plus grand nombre des malades sortant des hôpitaux-sanatoria. Il est à regretter la disparition et l'absence d'établissements spécialement destinés aux tuberculeux sortant du sanatorium. Car ces écoles, nées de la guerre, ont un rôle qui est loin d'être achevé. Outre les réformés de guerre et d'après-guerre rééduqués gratuitement, ces écoles accueillent depuis la loi du 14 mai 1930 les accidentés du travail à titre gratuit. Enfin peuvent être

élèves de l'école tous les autres malades n'entrant pas dans les catégories précédentes moyennant le paiement d'une légère indemnité.

Il serait à espérer qu'avec le fonctionnement des assurances sociales les malades jouissant de l'assurance-invalidité puissent être agréés dans ces écoles. Les caisses d'assurance pourraient, au lieu de payer pendant des années une rente d'invalidité misérable au tuberculeux, le faire réadapter dans des écoles uniquement destinées aux tuberculeux et lui fournir ensuite un travail rémunérateur. Solution profitable au malade qui voit son avenir largement amélioré, profitable aussi aux caisses, qui, dès lors, ne seraient plus tenues à verser la rente d'invalidité. On gagnerait ainsi un bénéfice semblable à celui que tire l'Assistance publique de la rééducation d'un de ses assistés et qui a été calculé par MM. Dijonneau et Thibaudeau de la façon suivante :

« Il est facile d'établir qu'un assisté au titre de la loi du 14 juillet 1905, vivant jusqu'à 65 ans, reçoit, en secours officiels, une somme qui n'est pas inférieure à 15.000 francs. Il n'en est ni moins misérable, ni moins aigri; *au point de vue social, le résultat est nul.*

» La rééducation de ce même assisté coûte, approximativement, 4.200 francs — 350 jours ouvrables à 12 francs par jour — mais, de déchet social, il devient producteur, il s'élève, le bénéfice personnel est certain, matériellement et moralement. Est-il possible d'évaluer le bénéfice de la collectivité ? Evaluons à 25 années, après rééducation, la durée de la période d'activité de l'intéressé, avec un gain journalier de 20 francs; son gain total atteint 150.000 francs. En adoptant le coefficient *trois* pour établir le bénéfice que retire la collectivité, grâce au mouvement d'échange provoqué par le producteur, l'assisté rééduqué aura rapporté 450.000 francs !

» Par l'assistance-aumône, dépense improductive d'au moins 15.000 francs; par la rééducation professionnelle, dépense 4.200 francs... productive de 450.000 francs pour la société. Ces chiffres ne sont-ils pas édifiants ? »

Quant au placement des tuberculeux, après rééducation, il serait utile, à notre avis, d'étendre les obligations de la loi sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre à ces malades. Il suffirait de dresser une liste d'emplois au grand air et peu pénibles que pourraient remplir les tuberculeux stabilisés sans danger pour eux et sans danger pour leurs voisins. Il est regrettable qu'une loi récente vienne fermer à tous les tuberculeux les emplois de l'Etat. S'il est indispensable d'interdire la présence d'un malade contagieux dans des bureaux, il existe par contre une multitude d'emplois qui pourraient convenir à des tuberculeux sans craindre les dangers de la contagion. Il suffit de choisir dans les divers services suivants : Ponts et chaussées (conducteur, chef cantonnier); Tabacs (inspection des plantations); Eaux et Forêts (garde); Chemins de fer (inspection et entretien de la voie), etc. La loi pourrait fixer le pourcentage de tuberculeux à incorporer dans les différents métiers. En Allemagne, l'annexe du 12 janvier 1923 à la loi sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre étend les dispositions de cette loi aux malades d'une incapacité de travail supérieur à 50 p. 100 et fixe le taux d'emplois obligatoires à 2 p. 100. Bien entendu, les tuberculeux sont justement compris dans cette catégorie de malades à incapacité supérieure à 50 p. 100.

Ainsi donc, dans le cadre des Assurances sociales, les caisses pourraient faire rééduquer leurs tuberculeux dans des écoles spéciales de rééducation professionnelles et les placer ensuite, avec l'aide de l'Etat et selon un pourcentage établi, dans des emplois judicieusement choisis.

D. — Les ateliers pour tuberculeux.

Ces ateliers n'ont rien de commun avec les ateliers des sanatoriums, des écoles de rééducation ou des villages sanitaires.

Ils sont créés dans les grandes villes pour les ouvriers d'un même métier et reconnus tuberculeux. Les malades peuvent,

de la sorte, exercer leur profession sans danger pour eux et surtout sans crainte de contagion.

Ils ont fait l'objet d'un vœu du Docteur Vaudremeer adopté par la Réunion internationale contre la tuberculose de Bruxelles, en août 1922.

Leur but est triple :

a) Ils désinfectent les matières ouvrées par les tuberculeux et livrées au commerce. Il s'agit d'éviter ainsi, ce que l'on voit parfois, dans des locaux insalubres, un tuberculeux qui fabrique des jouets ou bien qui est tailleur à façon, une tuberculeuse qui confectionne des robes d'enfants ou qui coupe et rapièce des vêtements.

b) Ils procurent au malade le travail approprié à ses forces, et, par conséquent, le moyen de vivre. Ces tuberculeux, le sanatorium ne les veut plus, l'hôpital ne les veut pas encore. Il faut qu'ils mangent, et pour manger il leur faut travailler. Les ateliers leur offrent, dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, le moyen de travailler suivant leurs aptitudes et leur résistance, sans risque pour eux.

c) Enfin, parallèlement à ces ateliers, tout un service médico-social fonctionne soit à l'atelier, soit auprès des familles des tuberculeux. Médecins et infirmières surveillent le malade, ses enfants, son logis, ses conditions de vie. Ils conseillent, ils soignent et ils dirigent.

Nous n'avons pas en France d'ateliers de ce genre, et c'est à regretter. Dans les grandes villes, leur création serait nécessaire et facile. La solution n'est pas onéreuse, bien plus économique surtout que les colonies agricoles collectives, où seuls les malades bénéficient de la surveillance médicale et dont les familles sont abandonnées sans ressource et sans surveillance. Ils pourraient fonctionner au voisinage des groupes d'habitations à bon marché où seraient réservés des logements spéciaux pour ces familles de tuberculeux.

Il existe à Londres une manufacture d'objets en cuir dont les ouvriers sont tous tuberculeux.

A New-York, a été créée, en 1919, l'Altro Manufacturing

Company, où des tuberculeux confectionnent des vêtements et des blouses d'hôpital qui, après stérilisation, sont livrés, dans des enveloppes cachetées, aux hôpitaux et aux médecins. En 1949, elle comptait 22 ouvriers, aujourd'hui 73 y travaillent et 533 tuberculeux sont passés dans l'établissement.

Ainsi les ateliers pour tuberculeux représentent une solution économique au problème du travail par le tuberculeux qui ne doit être ni dangereux pour la collectivité, ni fatal à son état de santé.

E. — Les œuvres post-sanatoriales étrangères.

A l'étranger, le problème post-sanatorial est aussi mal résolu qu'en France. Nous trouvons, çà et là, quelques réalisations particulières, sans aucun plan d'ensemble et sans originalité. Réadaptation en sanatorium, colonies agricoles, écoles de rééducation, se retrouvent à l'étranger aussi peu nombreuses et fonctionnant selon les mêmes méthodes qu'en France. Seul le village sanitaire de Papworth luit d'un éclat particulier au milieu de ces réalisations anonymes et obscures. Situation exceptionnelle, à laquelle il doit la grande popularité dont il jouit.

Aux *Etats-Unis*, l'armement post-sanatorial se réduit à 5 colonies de rééducation avec 224 lits, chiffre ridicule pour un pays de plus de 100 millions d'habitants.

En *Angleterre* existent 15 colonies de rééducation, dont la plupart d'entre elles sont représentées par des œuvres de réadaptation au travail au sanatorium lui-même. La vieille méthode de Paterson est toujours appliquée dans la plupart des grands sanatorium anglais. Papworth, Preston Hall, Borrowmore Hall, sont les trois villages sanitaires que nous examinerons dans la troisième partie de ce travail.

En *Allemagne* [26] fonctionnent une dizaine de colonies agricoles destinées surtout aux anciens tuberculeux de guerre. En 1926, a été fondée, à Charlottenhöhe Wurtemberg (Forêt

Noire), une société de colonies pour tuberculeux, où les malades sont logés et reçoivent du travail. A Hermprotsch, a été créé, en 1928, un village sanitaire (V, 3^e partie).

En *Suède* comme en *Norvège*, les tuberculeux travaillent progressivement dès le sanatorium, et, dans ce dernier pays, 4 colonies de rééducation fonctionnent avec un nombre de lits total de 88.

En *Hollande*, les tuberculeux se réadaptent durant deux ou trois ans en sanatorium. Au Sanatorium Zonnestraal, à Hilversum [66]; à celui de Bergen Bosch, à Apdoorn, comme au Sanatorium d'Hellendoorn, les malades doivent travailler dès que leur température a disparu. Ces tuberculeux, remis au travail dans le cadre du sanatorium, ont une discipline plus large, ils gagnent jusqu'à 18 florins (180 francs) par semaine et sont placés ensuite, grâce à un bureau de placement spécial, à Amsterdam.

Au *Danemark*, pays le mieux outillé pour la lutte contre la tuberculose, cinq colonies de convalescents ont été créées avec un effectif total de 73 lits seulement.

En *Suisse*, pays des grandes stations sanatoriales, la rééducation des tuberculeux est entreprise depuis longtemps et même s'est introduite dans la législation depuis 1928. Burmand, à Leysin [15] a créé, dès 1911, la colonie de travail qui fonctionne encore de nos jours. Travaux agricoles, travaux industriels habituels, appropriés aux tuberculeux, sont répartis dans 3 écoles de rééducation comprenant 200 lits (1). Notons, au surplus, le centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail pour les tuberculeux chirurgicaux, dirigée par le Docteur Rollier, à Leysin, inauguré le 4 janvier 1930 et fournissant, outre la cure héliothérapique, un travail industriel avec des instruments spéciaux, aux tuberculeux osseux [61].

(1) Ces écoles sont les suivantes : Le Home, à Leysin, pour femmes; l'Abeille, à Leysin, pour hommes; Tenero, Tessin, pour militaires; Hans in der Sonne, pour femmes, à Davos, et la Colonie de travail de la Ligue zurichoise.

En *Italie*, nous trouvons le Sana Cuasso al Monte pour les vétérans de l'armée muni d'une colonie agricole. Aux portes de Rome et près de Como fonctionnent de même deux colonies pour tuberculeux, où les méthodes de rééducation de travail ne présentent rien de particulier dans ce genre d'établissement.

TROISIÈME PARTIE

LA CITÉ SANITAIRE POUR TUBERCULEUX

Tout d'abord, quels sont les caractères qui différencient la cité sanitaire pour tuberculeux des œuvres post-sanatoriales que nous venons de passer en revue ?

Le village pour tuberculeux est une agglomération d'habitations sous forme de villas construites spécialement en vue d'abriter un tuberculeux et sa famille. Le malade se livre à un travail approprié à ses forces et à ses aptitudes professionnelles antérieures. Ce travail s'effectue au village même, dans des ateliers industriels spéciaux pour l'ouvrier, dans une exploitation agricole pour le paysan. Le travail est rétribué et permet au tuberculeux de vivre et de faire vivre sa famille.

Ainsi donc, au village sanitaire, le-tuberculeux travaille et vit au milieu des siens.

Cette définition nous permet d'éliminer tout de suite certains établissements portant le nom de village pour tuberculeux, mais qui n'ont rien des caractères précédents. Tel est le cas du village de Trudeau à Saranac Lake, dans l'état de New-York, et, en France, du village-sanatorium de Passy-Praz-Contant, dans la Haute-Savoie.

Ce village [19] est l'œuvre de l'Association des villages sanatorium de haute altitude, fondée en juin 1922. Son but est d'abriter les malades de la classe moyenne peu aisés, curables ou améliorables. Il groupe, autour des bâtiments centraux renfermant les services administratifs et médicaux, de petits chalets, où les malades, réunis suivant leurs affi-

nités sociales, intellectuelles ou professionnelles, peuvent conserver à leur vie un certain caractère d'intimité favorable à leur bon moral.

Sa situation sur un plateau de 1.250 mètres est exceptionnelle. Le site et la valeur climatique rivalisent victorieusement avec la station suisse de Leysin, à réputation mondiale.

Le recrutement médico-social représente l'originalité de l'œuvre. En effet, celle-ci s'adresse « aux petites bourses bourgeoises, si cruellement éprouvées : professeurs, officiers, fonctionnaires. C'est là le recrutement idéal d'un sanatorium : gens sérieux, disciplinés, désireux de se soigner ou de guérir pour reprendre au plus tôt leurs occupations professionnelles, gens qui contribuent à leur traitement; qui, habitués à l'économie, cette vertu bourgeoise et paysanne, sont ménagers de leurs deniers et de ceux des autres. On peut donner à ces malades des pavillons séparés et les abandonner à une surveillance discrète : ils observeront les horaires fixés et ne chercheront pas à s'évader; ils n'auront que des exigences modérées et légitimes et ne saccageront pas le mobilier qui leur est confié ».

Le temps de séjour et les modes de traitement ne présentent rien que de très normal.

Mais la marche financière de l'œuvre est particulièrement intéressante. Malgré la forme très coûteuse de pavillons séparés, le village jouit d'un équilibre financier réalisé uniquement sur le prix de journée payé par le malade, c'est-à-dire 30 francs par jour (1930). Ce prix modique est inférieur au prix quotidien de certains établissements publics.

Les taux des dépenses les plus importantes sur les 30 francs de recettes se répartissent en chiffres arrondis : 14 francs, nourriture; 7 francs, personnel; 3 francs, chauffage; 2 fr. 20, amortissement. Toutefois, comme ce prix de 30 francs peut paraître élevé pour certaines familles, l'aide de l'Etat intervient qui prend à sa charge une partie ou la totalité du prix de journée. On fait jouer alors l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919, qui est du reste assez peu connu et auquel on a

rarement recours pour aider un tuberculeux à se soigner. Ce texte est le suivant :

L'Etat, les départements, les communes, participent aux dépenses de l'hospitalisation dans les sanatoriums des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 (Ass. méd. gratuite) dans les proportions fixées par cette loi.

Toutefois le prix de journée ainsi payé par le service départemental de l'Assistance médicale gratuite sera celui du prix de journée d'hospitalisation fixé pour l'hôpital de premier rattachement de la circonscription du domicile du malade. La portion supplémentaire est supportée intégralement par l'Etat.

L'Etat prend à sa charge cette même portion supplémentaire pour les malades appartenant aux trois catégories suivantes :

1° Malades affiliés depuis trois ans au moins à une société de secours mutuels, réassurant ses adhérents contre les maladies de longue durée;

2° Malades dépendant d'associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du sanatorium public;

3° Malades ne bénéficiant pas de la loi du 15 juillet 1893, dont l'hospitalisation aura été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sous réserve du recours éventuel que l'Etat pourra ultérieurement exercer contre ces malades, s'ils avaient des ressources suffisantes pour subvenir par leurs propres moyens, soit partiellement, soit entièrement, au paiement du prix de journée.

En résumé, si le village sanatorium de Praz-Coutant n'entre pas dans la catégorie des villages sanitaires, il nous a paru toutefois intéressant d'y consacrer ces quelques lignes afin de mettre en relief : la sage organisation financière de l'œuvre qui arrive, malgré la disposition onéreuse de pavillons séparés et confortables, à équilibrer un budget à ressources modiques, grâce à un manque complet de gaspillage et à l'éducation spéciale des malades en traitement.

Avant d'entreprendre l'étude même des villages sanitaires, il nous a paru intéressant de nous arrêter à deux chapitres qui lui sont voisins : les logements-sanatoria, le sort actuel des tuberculeux de guerre.

I. — *Les logements-sanatoria.*

Cette œuvre [47] fonctionne à Paris depuis 1914 dans un groupe d'immeubles de l'Assistance publique, 42, rue du Château-des-Rentiers, et, depuis 1929, dans un pavillon des habitations à bon marché, 156, rue de Vanves.

Quel est son but? « Ayant fourni, écrit Hirschberg [40], aux tuberculeux curables et chargés de famille un logement sain et disposé de telle façon que le malade soit séparé de son conjoint et de ses enfants tout en continuant à vivre à côté d'eux, nous avons rempli notre tâche sociale et médicale en évitant la dislocation familiale, en empêchant la contamination infantile, tout en permettant au malade de se soigner, bien souvent de guérir, parfois même, quand son état le lui permet, de contribuer plus ou moins par son travail à l'entretien du ménage. »

Les logements comprennent :

1° *Pour le malade* : Une chambre où il couche et vit continuellement, avec, pour mobilier : un lit de fer, un petit placard, un lavabo, une table de nuit avec crachoir et feuille de température, des chaises, une marmite pour l'ébullition des crachoirs.

2° *Pour la famille* : Deux ou trois pièces claires et aérées, avec vaste cuisine pouvant servir de salle à manger. On trouve, de plus, l'eau, le gaz, l'électricité.

« Rouage essentiel du logement sanatorium », une infirmière visiteuse est affectée à chacun des groupes de logements. C'est elle qui surveille les malades, les éduque, vérifie les cures, la stérilisation des crachats, contrôle la prévention à l'égard des enfants, conduit les malades au dispensaire, provoque les visites médicales, distribue les secours et les médicaments.

La surveillance médicale est assurée par le Docteur Rist et son assistant le Docteur Hirschberg.

L'œuvre tire ses revenus de l'Assistance publique et de l'Association des infirmières visiteuses de France, de dons et des loyers payés par les familles au taux de 1 franc par jour et par logement.

Si le recrutement médical s'effectue indifféremment parmi tous les tuberculeux pulmonaires, leur recrutement social est beaucoup plus sévère. Les malades doivent être de condition modeste, chef d'une famille d'au moins 3 enfants de moins de 15 ans et satisfaire à une enquête sociale des plus poussées.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES. — 48 malades ont été admis aux logements sanatoria. Pour les tuberculeux cavitaires, sur 20, 8 sont décédés en un temps de séjour allant de cinq mois à neuf ans; 12 sont dans un état stationnaire et quelques-uns travaillent normalement.

Pour les tuberculeux à lésions moins étendues, on compte 2 guérisons, 20 améliorations, 2 décès en un temps de séjour de un à douze ans.

La tendance actuelle est d'admettre des tuberculeux vraiment curables et en particulier des porteurs de pneumothorax, qui ont déjà été admis au nombre de 6.

En somme si les guérisons n'ont pas été très nombreuses, il y a eu par contre des améliorations et des survies qui ont atteint plusieurs années dans des conditions d'existence les plus agréables et des plus judicieuses pour les tuberculeux.

RÉSULTATS PROPHYLACTIQUES. — 184 enfants ont séjourné aux logements-sanatoria. 28 d'entre eux n'ont fait qu'un séjour très court par suite du décès prématuré du parent tuberculeux. Sur les 156 qui restent, *aucun enfant n'est mort de méningite tuberculeuse* pourtant si fréquente dans ces familles de tuberculeux. Il a été constaté 5 contaminations infantiles, dont 2 furent discrètes, se bornant à des adénites, mais dont 3 ont produit des localisations pulmonaires entraînant la mort. Encore qu'une d'entre elles fut provoquée par

une tuberculeuse à troubles mentaux qui s'obstinait à dormir avec son enfant.

De plus, il est à retenir le cas d'enfants qui ont pu vivre impunément quatre, cinq et même neuf ans avec leur père tuberculeux et contagieux, 3 enfants de 9, 4 et 11 ans présentant même des cuti-réactions négatives malgré un long séjour dans les logements-sanatoria.

Enfin, sur 48 familles, 1 seul cas de pleurésie séro-fibrineuse fut observé chez un conjoint.

QUEL EST L'AVENIR DE LA FORMULE ? — Il semble qu'elle devrait s'étendre dans les grandes agglomérations aux cités ouvrières, aux habitations à bon marché où quelques logements devraient être réservés à des familles de tuberculeux. Loin d'être, comme on pourrait le craindre, un sujet de réprobation par les autres habitants de la cité, ces logements font figures d'exemples et de modèles d'hygiène, et l'infirmière est constamment invitée à conseiller tous les voisins.

Cette réalisation des logements-sanatoria nous paraît pleine d'enseignements.

Du point de vue thérapeutique, il est bien certain que tous les malades admis dans les maisons ont été améliorés et prolongés de façon indiscutable. Envoyés au sanatorium leurs lésions se seraient peut-être stabilisées, mais, à la sortie, les rechutes et les aggravations auraient vite abrégé l'existence des malades. Soignés à leur foyer, ils n'auraient pu trouver l'air, la lumière, l'hygiène indispensables à leur état, ils auraient manqué surtout de la continuelle surveillance médicale. Enfin, nulle part ils n'auraient pu jouir des conditions d'existence appropriées à leur état pendant une durée si longue, douze ans pour certains.

Du point de vue prophylactique, ce minimum de contagion infantile nous paraît remarquable dans un milieu richement bacillifère.

Surtout, il convient de ne pas oublier que malades et enfants vivent en plein Paris dont l'atmosphère ne peut tout de même pas se comparer à l'air pur et vivifiant de la cam-

pagne ou de la montagne. Ce qui montre bien que les actuelles statistiques si déplorables de contagion de l'enfance seraient passablement améliorées par la seule solution de la question de l'habitation salubre et de la surveillance médico-sociale dont les logements-sanatoria offrent un exemple évident. Et l'on se demande si, de tels logements étant construits à la campagne, les enfants ne seraient pas aussi bien préservés que dans les œuvres de préservation de l'enfance qui arrachent l'enfant à ses parents et disloquent la famille.

II. — *Les tuberculeux de guerre.*

Du 2 août 1914 au 30 août 1919, on compte, rapporte Merlin, 112.831 réformés pour tuberculose. Mais ce chiffre n'est qu'approximatif, car il englobe pas mal d'erreurs de diagnostic en plus et en moins et compte souvent plusieurs fois le même homme réformé, repris et réformé de nouveau.

Léon Bernard [7], Mantoux et Jacquet ont montré que, sur 872 cas, 664 n'étaient pas des récupérés et avaient contracté la tuberculose au front, dont 447 après de longs mois de tranchée. De ce nombre considérable de nouveaux tuberculeux, nés de la guerre, beaucoup sont morts actuellement; mais un grand nombre de cas de bronchites chroniques suspects, de gazés, de blessés du poumon, sont venus et viennent encore, par ensemencement bacillaire de leurs lésions, augmenter l'effectif de ces tuberculeux de guerre. Enfin, tous les soldats qui contractent actuellement la tuberculose pendant leur passage sous les drapeaux et qui jouissent des mêmes droits de réforme et de pension que les tuberculeux de guerre viennent chaque jour augmenter le nombre des anciens militaires tuberculeux.

Tous ces tuberculeux bénéficient, par la loi du 31 mars 1919, d'une pension d'invalidité au taux de 100 p. 100 s'ils présentent des signes cliniques, radiologiques et surtout bactériologiques positifs. De 33.000 à 40.000 sont actuellement dans ce cas. De plus, il a été créé pour eux une indemnité

spéciale dont ils jouissent à la condition de ne se livrer à aucun travail rémunérateur, de n'être pas hospitalisé aux frais de l'Etat, de se soumettre régulièrement à la surveillance des organismes antituberculeux (1). Actuellement, la pension minima d'un militaire tuberculeux, réformé au taux de 100 p. 100, se calcule ainsi :

100 p. 100.....F.	2.400
Majoration de 140 p. 100.....	3.360
Indemnité de grands invalides.....	1.400
<i>Indemnité de soins.....</i>	<i>10.000</i>
Soit un total de.....F.	<u>17.160</u>

Pour chaque enfant, il est accordé une indemnité annuelle de 1.028 francs. Environ 20.000 tuberculeux bénéficient de cette indemnité de soins qui fait plus que doubler la pension proprement dite de 100 p. 100. Si l'on songe qu'un tuberculeux marié et père de 2 enfants reçoit une pension annuelle de près de 20.000 francs, on comprend les commentaires passionnés qui se sont élevés soit au Parlement soit dans les milieux médicaux et de militaires réformés au sujet de cette surpension de 10.000 francs. Sans entrer dans ces considérations, il semble bien que donner de l'argent, même beaucoup d'argent, à un tuberculeux pour se soigner, quand on possède des moyens de contrôle et de surveillance médicale constante, n'est pas un gaspillage, bien au contraire.

ET, DE FAIT, QUE FONT CES MALADES ?

Sur les conseils de l'infirmière visiteuse, et grâce aux facilités qui leur sont faites, ils vont tous peu à peu se fixer à la campagne, et la plupart y bâtissent une maison.

En effet, ils bénéficient de la loi Loucheur et l'Etat leur accorde des subventions (article 11 de la loi du 13 juillet

(1) Ces malades bénéficient aussi de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 instituant les soins gratuits médicaux et pharmaceutiques.

1928). Mais comme leur état de santé ne leur permet pas de s'assurer personnellement à la Caisse nationale d'Assurances, ils sont autorisés à assurer, en leur lieu et place, leur femme, un parent ou un ami. Bien mieux, depuis la loi du 8 juin 1930, il leur est possible de s'assurer eux-mêmes grâce au paiement d'une surprime supportée par l'Etat.

Aussi, en ce qui concerne Bordeaux, la plupart de ces malades quittent la ville pour ses environs et particulièrement pour cette banlieue de la rive gauche où commence la forêt landaise, dont le climat isotherme est si favorable aux tuberculeux.

Au Centre antituberculeux de Bordeaux, Fichier Bordeaux-Banlieue, nous avons dépouillé les dossiers médicaux et sociaux de 94 réformés 100 p. 100 et bénéficiaires de l'indemnité de soins de 10.000 francs. Nous en avons visité quelques-uns à domicile.

Sur ce nombre, 63 étaient pères de famille et vivaient avec des enfants, 16 seuls avec leur femme, 8 avec un père ou une mère, 5 étaient seuls.

Tous ces malades habitaient des villas, plus ou moins riches, du type si particulier à la région bordelaise : l'échoppe. C'est une habitation particulière comprenant généralement trois ou quatre pièces, avec cuisine et dépendances, quelquefois une véranda vitrée.

L'aération y est presque toujours parfaite. Grâce à la date récente de l'immeuble, la propreté et l'hygiène y sont généralement satisfaisantes.

Autour de l'échoppe s'étend un terrain clos qui contient le potager et le jardin d'agrément, toujours bien entretenu par le malade, dont c'est la seule occupation. Enfin, souvent, celui-ci s'est réservé, au fond de son jardin, dans une baraque, un atelier où il se distrait à de menus travaux manuels. au « bricolage », si cher à l'ouvrier oisif.

Nous avons visité certaines de ces maisons où régnait une propreté méticuleuse, où le malade possédait son crachoir et le faisant bouillir quotidiennement, utilisait une vaisselle

personnelle et jouissait, dans une quiète aisance, de soins éclairés de la part de son entourage, de façon remarquable. En effet, ces malades et leurs familles sont particulièrement éduqués. Généralement le tuberculeux est un ancien pensionnaire de sanatorium, dont il a gardé l'empreinte. Il est astreint à se soumettre régulièrement aux visites des dispensaires, et les infirmières visiteuses, de leur côté, sont tenues, par les Services de la préfecture, à les visiter fréquemment.

Ce qui frappe chez ces tuberculeux, c'est le repos moral, la tranquillité d'esprit, la vie calme et régulière dont ils paraissent jouir et qu'ils doivent à la certitude de leur avenir matériel assuré. Nous avons relevé souvent, dans les dossiers sociaux, des notes de l'infirmière visiteuse semblables à celles-ci : « X..., qui a fait sa demande, ne sait pas encore si l'indemnité de soins lui est accordée, il m'a paru particulièrement agité, découragé et aigri; son état de santé paraît médiocre. » Et, à la visite suivante : « X..., qui a reçu satisfaction pour sa pension, est beaucoup plus calme, son état semble s'être amélioré, la maison est mieux tenue. » Ce qui souligne la nécessité pour le tuberculeux convalescent d'une existence assurée pour compléter et achever la stabilisation de ses lésions.

Enfin, pour ces malades, la vie de famille leur apporte cet élément de stabilité, de calme, d'espérance, que nous avons trouvé chez les malades réadaptés au Sanatorium Arnozan.

Du point de vue médical, il semble qu'il y a là, comme aux logements-sanatoria, une amélioration générale et une survie appréciable chez chacun de ces tuberculeux. Ces malades sont des tuberculeux de guerre et leur maladie remonte, pour quelques-uns, à plus d'une quinzaine d'années, ce qui représente une période de survie considérable. Dans tous les cas, on ne voit guère ces tuberculeux enfermés pendant quinze ans dans un sanatorium, comme quelques-uns prétendaient les y mettre. Même, après des séjours beaucoup plus courts dans un établissement sanatorial, la reprise de la vie normale aurait été pour eux aussi fatale que pour tous les convalescents de tuberculose.

Du point de vue prophylactique, chez ces 63 malades pères de famille, on comptait 149 enfants vivant avec un père tuberculeux, à la campagne, dans une habitation salubre. Il n'y avait à déplorer aucun décès par contagion tuberculeuse chez ces 149 enfants, de même qu'il n'était pas signalé de contagion de conjoints. Or, ces femmes et ces enfants étaient particulièrement suivis, eux aussi, par les dispensaires.

Toutefois, et l'exception confirme la règle, sur ces 63 familles de tuberculeux, 7 avaient déjà été frappées par le décès d'enfants tuberculeux (méningés ou pulmonaires) avant de venir se fixer à la campagne. Ces décès étaient survenus, alors que ces 7 familles habitaient la ville, toutes dans des rues malsaines et dans des logements insalubres; l'une d'elles, avec 5 enfants, possédait pour tout logement une pièce et une loge de concierge sombre et étroite.

En résumé, il semble que l'Etat a trouvé pour ces anciens militaires tuberculeux le moyen, par cette pension élevée, par les facilités de la loi Loucheur et par la surveillance constante des organismes antituberculeux, de combler le vide des œuvres post-sanatoriales de réadaptation à la vie normale.

III. — *Les villages actuels.*

A. — *En Angleterre.*

C'est à l'Angleterre que l'on doit la première réalisation actuelle des villages pour tuberculeux. Trois villages y existent aujourd'hui : Papworth, Preston Hall, Barromore Hall.

PAPWORTH.

En 1915, le Docteur Varrier-Jones installa à Bourn (comté de Cambridge) une modeste colonie agricole pour tuberculeux qui s'organisa, s'agrandit et se perfectionna progressivement grâce au travail des malades qu'elle abritait.

En juin 1917, grâce à de généreux donateurs, la colonie

acquit, à 12 milles de Cambridge, une superbe propriété comprenant de vastes terres, un château, un potager et 10 hectares de bois. C'est sur ce domaine qu'est installé The Papworth village settlement.

Le village procure au tuberculeux : le traitement de sa maladie, l'entraînement progressif à toutes sortes de métiers, un emploi permanent dans des conditions idéales, une habitation dans des hôtels ou dans des villas modèles, une surveillance médicale constante.

Le village se compose de deux parties bien distinctes : l'hôpital-sanatorium et la colonie proprement dite.

1° *L'Hôpital-sanatorium.*

a) *L'hôpital* se trouve au château. Il comprend un service d'observation pour les nouveaux malades, un service pour les cas avancés, une section chirurgicale, des vérandas de cure. A proximité, se trouvent les services centraux du village.

b) Le *sanatorium* se compose de 80 cabanes particulières du type Papworth, avec lavabos, salle à manger et salle de récréation communs.

Une section sanatoriale féminine comprend elle aussi 32 lits, dont 24 dans les cabanes individuelles du type Papworth.

2° *La Colonie.*

Elle est formée des villas et des hôtels d'une part, des sections industrielles de l'autre.

a) Les *villas* sont des constructions modernes avec larges fenêtres pour faire entrer l'air et la lumière. Les hôtels, destinés aux colons célibataires, reçoivent séparément des hommes et des femmes. Ils sont autonomes et contiennent des chambres à un ou deux lits, avec salles à manger et salles de jeux communes.

b) Les *sections industrielles* sont la raison d'être du village. Elles sont indépendantes les unes des autres, dans des ateliers

bien aérés et pourvus de l'énergie électrique. Directeur général, sous-directeurs, contremaîtres, instructeurs, sont tous d'anciens malades.

Les diverses industries, très prospères, avec magasins de vente à Londres, à Cambridge et à Oxford, sont les suivantes :

Charpente. Menuiserie. Construction. — Les cottages, les cabanes, ont été construits par les moyens du village. Une grande quantité d'objets de bois manufacturés est vendue au dehors.

Imprimerie. — Les ouvrages relatifs à la colonie sont tous imprimés à Papworth. De plus, la section fournit au commerce des étiquettes, des panneaux-réclame; les cinémas et les théâtres y achètent leurs affiches.

Réparation de souliers. — Cette section trouve un travail abondant soit au village, soit à Cambridge. Le ministère des Pensions lui confie l'exécution des chaussures orthopédiques.

Fabrique de meubles. — Ce département vend sur le marché des marchandises modernes, exposées dans les magasins de Cambridge et d'Oxford. Il est fournisseur de la Maison royale.

Travail du cuir. — Ces ateliers fabriquent des mallettes et des valises ainsi qu'une multitude d'autres objets en cuir et approvisionne les grandes maisons et la famille royale.

Volailles. — Cette section est très florissante. Les œufs sont vendus en nombre considérable. Des prix ont été gagnés aux expositions.

Horticulture. — Les produits du jardinage suffisent à tout le village.

Quels cas admet-on à Papworth ?

Toutes les formes de tuberculose pulmonaire que l'on peut grouper en trois catégories :

1° Les « early cases », les formes à diagnostic précoce, qui, après un court séjour au sanatorium, peuvent récupérer la plus grande partie de leur capacité professionnelle et représentent le type parfait de colon de village sanitaire. Malheu-

reusement, comme en France, les mêmes raisons sociales et économiques les rendent très rares.

2° Les « middle cases » sont les types de tuberculeux chroniques, les plus communs et les plus nombreux, ceux surtout qui doivent craindre le plus les rechutes après la sortie du sanatorium et qui sont les plus dangereux pour la collectivité.

3° Les « advanced cases » sont ceux aussi admis à Papworth. Au lieu de mourir lamentablement chez eux ou à l'hôpital, ils sont hospitalisés au château, où ils voisinent avec les autres malades du village, à qui pour une raison ou une autre on a ordonné quelques jours de repos. Le moral de ces malades avancés en est tout changé. Quelques-uns même ont pu être mis au travail.

A son entrée à Papworth, le malade est admis au service d'observation. S'il est apyrétique, s'il peut sans fatigue et sans danger s'adonner à quelques heures de travail par jour, il a la faculté de choisir un nouveau métier, dans lequel on l'instruira, ou de conserver le sien si son ancien métier est exercé au village. Il est envoyé alors au sanatorium, où il commence à travailler et à recevoir une légère rétribution. Puis, si son état de santé et sa valeur professionnelle le lui permettent, il est admis à l'hôtel, où le régime est plus doux.

Enfin, dès qu'il peut travailler six heures par jour et gagner un salaire suffisant, il peut acquérir un cottage et y faire venir sa famille.

Généralement, ce n'est jamais avant six mois que le malade peut devenir ainsi un colon définitif du village sanitaire.

Dans ce village, une foule de clubs, de comités, ont pris naissance et dénotent une activité sociale des plus vivantes. Sports, théâtres, arts, sont les branches les plus riches de cette activité.

En 1927, après dix ans d'existence, le directeur de la colonie inscrivait les résultats suivants :

1° Une absence complète de signes de tuberculose chez les 133 enfants de parents tuberculeux avérés et dont les crachats sont positifs;

2° un village de 350 habitants vivant du travail de ses sections industrielles;

3° un total de 72.000 livres de salaires payés aux colons depuis 1918;

4° un stock de marchandise manufacturée au village d'une valeur de 177.543 livres pendant le même temps;

5° un arrêt de l'évolution des lésions provoquant une survie trois fois plus longue que celle que l'on trouve dans les statistiques de sanatorium;

6° le retrait d'un nombre important de chroniques contagieux du sein de la collectivité.

PRESTON HALL (KENT).

Il est ouvert pour le traitement et l'entraînement au travail des anciens tuberculeux de guerre. Il comprend 200 hectares de terrain avec 700 habitants. Parmi ceux-ci, 100 vivent à l'hôtel et 125 malades sont chefs de famille [38].

Sur 150 malades :

70 p. 100 avaient eu des B. K., des hémoptysies ou des pleurésies;

20 p. 100 étaient considérés comme tuberculeux sans avoir présenté les signes précédents;

10 p. 100 n'étaient que suspects.

200 enfants au-dessous de 15 ans vivaient au village sans présenter aucun signe de tuberculose.

Outre le sanatorium, les maisons du domaine et l'hôtel, les industries comprennent : un atelier de construction, la menuiserie, l'imprimerie, la maroquinerie, les fermes et les jardins.

De 1926 à 1930, 8.500.000 francs furent attribués aux colons comme salaire, et les ventes représentaient un total de 27.200.000 francs.

BARROW MORE HALL (CHESTER).

C'est le plus récent village anglais. Il a été fondé par la Croix-Rouge anglaise et l'Ordre de Saint-Jean-de-Jérusalem. Il reçoit lui aussi d'anciens militaires tuberculeux. En 1925 il comprenait 10 cottages et 73 lits.

B. — En Allemagne.

Depuis 1928, il existe un village pour tuberculeux du même type que les précédents. A Hermeprotsch ont été créés des ateliers pour la réadaptation au travail des tuberculeux. A côté d'eux s'élèvent 30 appartements pour les malades vivant avec leur famille et 12 logements pour les tuberculeux célibataires. Les habitants de cette agglomération de tuberculeux s'occupent à des travaux de couture, de reliure et de serrurerie.

C. — En France.

Aucun village de tuberculeux ne fonctionne à l'heure actuelle en France.

L'Association Léopold Bellan a formé le projet de construire un village sanatorium à Magnan-Ville (Seine-et-Oise), qui comprendrait :

- 1° Un hôpital sanatorium de 38 lits;
- 2° Un sanatorium de 66 lits;
- 3° Un établissement de réadaptation au travail de 46 lits;
- Enfin, des villas qui abriteront des familles de tuberculeux.

A l'heure actuelle, le sanatorium a été ouvert aux malades femmes le 19 novembre 1934. Les ateliers de réadaptation professionnelle ne fonctionneront que cette année; quant à la création de l'agglomération sanitaire, elle ne sera commencée que lorsque le centre de cure fonctionnera normalement.

La Fédération nationale des Blessés du poumon dirige

actuellement la construction d'un village pour tuberculeux du type même de celui de Papworth. Les dépenses ont été inscrites dans la loi de finances de 1930 et de 1931 (60 millions) [21].

Le village est destiné aux tuberculeux de guerre et à leur famille. Il comprendra 3.000 habitants.

La construction du village s'opère de façon accélérée, et l'on espère accueillir des malades dès la fin de l'année 1932.

Le terrain à bâtir, situé en amphithéâtre au milieu de forêts et à proximité d'un étang de 17 hectares, se trouve sur le territoire des communes de Salagnac et de Saint-Mesmin, dans le département de la Dordogne, aux confins de la Corrèze.

1° PROGRAMME DE CONSTRUCTION.

a) HABITATION. — Le village sera composé de 300 pavillons destinés chacun à deux familles et entourés d'un terrain de 1.000 mètres carrés.

Le logement de chaque famille comprendra au minimum :

une salle commune (5×4 m.), avec cuisine attenante et séparée par une cloison vitrée.

3 chambres (4×4 m.) et une chambre de malade aménagée en véranda.

une salle de bain, une cave.

L'hôtel des célibataires pour 150 personnes mettra à la disposition de chacune d'elles un living-room, une chambre à coucher, un cabinet de toilette. En outre, on y trouvera des salles de bains, une salle de restaurant, une bibliothèque, une salle de réunion.

b) BATIMENTS ANNEXES. — Qui comprennent le dispensaire-hôpital, les écoles, la salle de fêtes et terrains de jeux, les abattoirs, les ateliers.

c) VOIRIE ET CANALISATION. — Les immondices seront transportées par camions électriques silencieux et incinérées. Les divers quartiers seront desservis par une route centrale, à

chaussée spéciale de 12 mètres, avec trottoirs plantés d'arbres et par des routes secondaires.

Dans divers points de la ville seront ménagés des squares, fontaines, pergolas, kiosques, abris.

Les tout petits bénéficieront d'emplacements spéciaux. L'eau, analysée journellement, sera distribuée partout. Les égouts rejeteront après épuration les eaux dans l'étang.

L'éclairage sera assuré largement par l'électricité, qui servira de même au chauffage, à la réfrigération, aux transports et à l'énergie motrice des ateliers.

2° ORGANISATION ÉCONOMIQUE.

Le travail prévu pour les malades est de nature essentielle-ment industrielle et effectué avec un machinisme perfectionné, le malade étant un surveillant de machines plutôt qu'un ouvrier proprement dit.

Les ateliers sont des édifices rectangulaires, couverts, fermés sur les quatre côtés de baies vitrées à glissières. Quatre ateliers sont prévus : le premier pour l'imprimerie, le second pour la maroquinerie, le troisième pour l'ébénisterie, enfin, le dernier pour quelques industries diverses : vannerie, etc.

Enfin, les 20 hectares de terrains à culture seront exploités par des malades d'origine rurale, avec ferme modèle, élevage de vaches et de volailles.

Les produits manufacturés seront vendus dans les mêmes conditions que les marchandises de l'industrie ou du commerce privés.

Des coopératives de consommation, d'habillement, etc., fonctionneront d'après les données les plus modernes.

Du point de vue financier : chaque famille est locataire de l'immeuble, moyennant un loyer annuel de 1.000 francs destiné à couvrir les frais de réparation.

Les dépenses de voirie et d'entretien communes à toutes les agglomérations seront compensées par des impôts.

Les salaires des malades aideront les familles à vivre, ainsi du reste que la pension d'invalidité calculée au taux de 100 p. 100.

3° ORGANISATION MÉDICALE [37].

Elle repose essentiellement sur le fonctionnement perfectionné d'un service social.

a) SERVICE MÉDICAL ET D'HYGIÈNE. — Il comprend :

Un médecin directeur responsable de toute l'œuvre avec, sous ses ordres :

un médecin phthisiologue;

un praticien pédiatre;

un médecin épidémiologiste (laboratoire) qui aura lui-même sous ses ordres un inspecteur sanitaire (non médecin), un technicien de laboratoire.

De plus, on aura recours aux services d'un interne et de médecins spécialistes (nez-gorge-oreilles; yeux; dents; chirurgie; gynécologie; psychiatrie).

b) SERVICE MÉDICO-SOCIAL. — Il comprend une directrice du service social qui dirige l'hôpital, le dispensaire, l'enfance, le service familial. Son rôle est celui d'une animatrice. Elle est secondée par une assistante sociale secrétaire.

Les autres infirmières se répartissent ainsi :

1° Hôpital : une infirmière-chef et 3 infirmières.

2° Dispensaire : une infirmière-chef et 2 infirmières.

3° Enfance : une puéricultrice (goutte de lait, jardin d'enfant).

4° Service social familial : avec une infirmière-chef et une assistante et 5 infirmières de secteurs chargées chacune de 200 familles.

Les services comprennent :

Hôpital :

section tuberculeuse, 18 lits;

section médecine générale, 18 lits;

maternité, 6 lits; enfance, 6 lits.

Dispensaire :

sections communes (Radio-Laboratoire U.-V.);
sections des consultations.

Telles sont les grandes lignes d'une entreprise qui paraît être un modèle du genre dans le domaine des villages sanitaires pour tuberculeux.

IV. — *Critique des villages actuels.*

Nous avons essayé de grouper les différentes critiques que soulève la création de villages sanitaires pour tuberculeux, ainsi que les avantages qu'elle apporte au malade sous les trois titres suivants : le travail, la vie familiale, la question financière.

A. — Le travail.

Les tuberculeux vivant aux villages sanitaires retirent du travail des avantages multiples.

AU POINT DE VUE MÉDICAL. — Le travail gradué, dosé convenablement est un facteur de stabilisation des lésions et d'amélioration de l'état général. Il est inutile d'insister sur ce fait. Les travaux de Paterson et de ses imitateurs montrent amplement l'excellence de l'activité musculaire comme adjuvant de la cure sanatoriale. Il suffit de s'en rapporter aux résultats des travaux de Dumarest et de Guinard, en France, que nous avons consignés plus haut.

AU POINT DE VUE SOCIAL. — Le malade qui recommence à travailler se retrouve de ce fait dans le cadre normal de la communauté humaine. Il devient un travailleur, un producteur, un membre actif de la collectivité, il n'est plus un malade, un inutile, un poids mort. Si ses capacités physiques sont encore restreintes, il peut tout de même rendre service à la société pour une part toujours plus grande suivant la progression de ses forces.

Les dépenses entraînées par sa maladie cessent peu à peu

de compter pour la collectivité. Bientôt, il n'est plus à sa charge; son travail suffit à le faire vivre lui et sa famille.

AU POINT DE VUE MORAL. — Enfin, moralement, les avantages sont importants pour l'avenir du tuberculeux. L'oisiveté si complète de la cure sanatoriale a disparu avec tous ses dangers. Il reprend sa place d'homme, et sa personne morale en tire un net profit.

De plus, l'assurance d'être désormais à l'abri du besoin, la certitude d'avoir rompu avec le monde des malades, la fierté légitime d'assurer soi-même son pain et celui de sa famille, contribuent indiscutablement à renforcer sa santé morale, si nécessaire au rétablissement complet de son organisme physique.

ORGANISATION DU TRAVAIL.

L'application du travail au malade se base sur des principes qu'une riche expérience a aujourd'hui bien définis.

Tout travail sans utilité doit être complètement abandonné; du reste, un travail de cette nature n'étant pas productif, les avantages économiques recherchés seront nuls.

Le malade doit autant que possible reprendre son ancien métier, s'il est compatible avec ses forces et avec des conditions de salubrité indispensables. C'est avec le minimum de temps qu'il pourra se réadapter à ce métier, car ses muscles et son cerveau en conservent l'accoutumance latente.

Si l'apprentissage à un nouveau métier est nécessaire, il ne faut pas s'exagérer la difficulté d'une telle entreprise. En effet, dans l'industrie, l'ouvrier, dans la plupart des cas, n'est qu'un surveillant ou qu'un pourvoyeur de machines. Son énergie musculaire dépensée est souvent minime, et des connaissances professionnelles rudimentaires lui suffisent pour gagner un salaire suffisant. On comprend l'avantage d'un tel état de choses pour un convalescent de tuberculose. C'est du reste ce principe qui a guidé les réalisateurs des sections industrielles du village sanitaire de Salagnac.

Enfin, pour les travaux de la campagne, nous avons vu,

à la Colonie agricole de Sillery, qu'il suffisait de quelques mois pour faire d'un tuberculeux un bon jardinier. Il serait utile ainsi de pousser à ces occupations rurales — outre les malades d'origine paysanne — les nombreux ouvriers des villes qui, quoi qu'on en dise, ont souvent le goût et les connaissances indispensables pour de tels travaux. A côté de ces travaux champêtres, au nombre assez réduit (horticulture, petit élevage), il existe une foule d'industries susceptibles d'être pratiquées par un tuberculeux à état physique amoindri. Les diverses sections industrielles de Papwort, les conclusions de l'expérience de l'Ecole de rééducation de Bordeaux, nous ont montré une gamme très riche des différents travaux à exécuter et qui s'enrichit toujours davantage.

Le travail doit être rémunéré dès que le malade commence à l'entreprendre. C'est là la seule manière d'encourager le tuberculeux et de l'attacher à son nouveau métier. Il ne faut pas surtout qu'il s'imagine être exploité au profit de l'institution. Cette rémunération doit être calculée sur les bases ordinaires des salaires du marché.

La direction du travail doit être assurée par des chefs d'atelier, des contremaîtres, des instructeurs, tous tuberculeux en convalescence. Il faut être tuberculeux pour comprendre la mentalité des malades, pour faire la part de la mauvaise volonté et de l'incapacité au travail. Il faut que le chef d'entreprise soit un camarade qui, par sa propre expérience, sache, le moment venu, percevoir les premiers signes de lassitude et conseiller amicalement l'arrêt du travail sans brusquerie ni maladresse.

Quant aux conditions cliniques de la reprise du travail par le convalescent, il est inutile de revenir sur les observations si nombreuses de la période de Paterson. Dans tous les cas, le malade doit être rééduqué progressivement avec précaution, sous la surveillance médicale, et doit s'arrêter de travailler si sa température rectale dépasse le soir 37°5.

B. — La vie familiale.

Après le travail, ce qui caractérise l'existence du tuberculeux au village est la vie familiale. Du point de vue médical, le malade, entouré de l'attention de tous les siens, est soigné d'une façon permanente et parfaite. L'épouse devient l'infirmière dévouée et assidue, comprenant le mieux les besoins de son malade. L'infirmière du service social lui procure les conseils nécessaires pour compléter judicieusement les soins qu'elle prodigue. Le tuberculeux appréciera toute une foule de petits détails, en particulier dans le domaine de l'alimentation, qui lui rendront la vie douce, calme, attrayante à laquelle il a droit.

Du point de vue moral, rappelons les avantages retirés par le convalescent du cadre familial dans lequel il se trouve et que nous avons notés chez les malades réadaptés à Arnoz, chez les habitants des logements-sanatoria, chez les tuberculeux de guerre. Dans de telles conditions, on comprend que le tuberculeux bénéficie d'une longue survie ou guérisse complètement.

Du point de vue social, nous ne reviendrons pas sur l'avantage de conserver l'intégrité de l'unité familiale, base trop branlante de notre société moderne.

La contagion est le corollaire de la vie familiale pour le tuberculeux. En particulier, la contagion infantile fait des ravages dans un tel milieu. Elle justifie aujourd'hui les nombreuses mesures prises par les œuvres de préservation de l'enfance. Il importe cependant de ne pas oublier que les statistiques concernent en grande partie des familles habitant la ville, des quartiers surpeuplés, des logements insalubres. Il suffit de s'aventurer dans certains taudis urbains pour comprendre l'explication de statistiques aussi déplorables. Lorsqu'on a doté le tuberculeux d'un logement sain et de conditions d'existence normales, les progrès de cette contagion sont passablement enrayés.

Du reste, rappelons les résultats suivants :

Logements-sanatoria. — 156 enfants ayant vécu de 1 à 12 ans dans un logement sain, à Paris, en présence d'un tuberculeux contagieux : 3 morts par tuberculose.

Tuberculeux de guerre. — 149 enfants vivant, à la campagne, dans un logement sain, en présence d'un père tuberculeux à expectoration positive : pas de mort.

Papworth. — 133 enfants sans aucun signe de tuberculose et vivant en logement sain, à la campagne, auprès d'un père tuberculeux, stabilisé, à crachats positifs.

Ces constatations suffisent, à notre avis, pour annuler le reproche des dangers de la contagion dans les familles de tuberculeux logeant au village, qui, s'ils subsistent, n'en sont pas moins presque négligeables.

Enfin, à Papworth comme à Salagnac, de grands espaces libres sont réservés aux enfants, qui vivent le moins possible chez eux, qui sont surveillés étroitement, mais dont la seule présence pendant quelques heures suffit au tuberculeux pour ne pas se croire séparé des siens.

Une autre critique, souvent rappelée, est la suivante : tous les tuberculeux ne sont pas chefs de famille et ne peuvent bénéficier des avantages médicaux, sociaux et moraux dont ceux-ci jouissent dans leurs foyers.

Il semble que beaucoup de ces malades peuvent être entourés par une mère ou une sœur, une grand'mère ou une tante et former avec eux un foyer familial convenable.

Nous avons vu, d'autre part, combien le mariage pouvait être un élément de stabilisation pour le convalescent de tuberculose, et, à notre avis, il pourrait être conseillé utilement à ces tuberculeux quand la chose est possible.

Enfin, à Papworth et à Salagnac existent des hôtels pour célibataires, où les malades peuvent se grouper par affinités et trouver par là un certain caractère d'intimité favorable à leur santé morale.

De même, certains auteurs voient difficilement la mère tuberculeuse venir s'installer au village et quitter avec les

siens la ville où son mari possède son gagne-pain. On comprend que celui-ci se résout avec difficulté à quitter ses occupations et ses vieilles habitudes.

Mais, comme nous le verrons plus loin, si les cités sanitaires étaient élevées à proximité des villes, il suffit de créer des services d'autocars reliant le village au centre urbain, ainsi qu'il est prévu par exemple dans le projet du village de Salagnac. Le père, et quelquefois les enfants, continuent de la sorte à travailler à la ville pour revenir au foyer le soir ou même à midi, ainsi que le font quotidiennement des milliers d'ouvriers habitant les banlieues des grandes cités. D'autre part, l'attrait d'un logement sain, confortable, peu coûteux, peut effacer aussi les quelques légers désavantages d'une telle situation.

Quant aux soins du ménage et de la cuisine, la fille aînée, la mère, la sœur, ou toute autre personne de la famille, peut les assumer et collaborer étroitement avec l'infirmière du service social pour les soins à donner à la mère de famille.

C. — La question financière. Comment créer des cités sanitaires ?

La construction et la marche de villages sanitaires entraînent des dépenses si considérables qu'elles justifient à elles seules l'abandon de tels projets. Tel est le reproche le plus fréquent, et en apparence le plus juste, formulé sur les agglomérations de tuberculeux. Les disparitions si nombreuses de diverses organisations post-sanatoriales par raison budgétaire semblent montrer aussi que c'est là l'échec de la réalisation de tels établissements.

Il semble tout d'abord que l'organisation de ces villages ne doit pas être laissée à l'initiative privée. Une telle œuvre, a-t-on dit, est trop complexe, trop délicate, pour être réalisée par un service public. Il faut une personnalité active et géniale pour assurer avec succès la direction de telles institutions. Et on justifie ces assertions par l'exemple presque

unique du Docteur Varrier-Jones, qui s'est donné corps et âme au village de Papworth et l'a mené tout seul et sous sa direction vers le succès. Nous croyons que, d'une part, c'est faire injure au corps médical français que de le croire incapable de fournir de tels chefs. C'est méconnaître, en outre, les avantages d'un organisme public, à moyens beaucoup plus étendus qu'une œuvre privée, et qui pourrait trouver dans la phalange des médecins de sanatoriums et de dispensaires publics le cadre médical nécessaire à la réalisation d'un tel programme.

Devant la carence des œuvres post-sanatoriales françaises, on ne peut se contenter d'un seul village qui s'agrandirait peu à peu, tel Papworth, avec les moyens du bord. Cette réalisation serait, il est vrai, peu coûteuse, mais ne répondrait pas aux besoins urgents et multiples de la lutte actuelle contre la tuberculose.

Il faut un plan d'ensemble réalisable sur tout le territoire, dans le cadre des organisations antituberculeuses et avec l'aide de l'Etat.

Un tel plan est onéreux. Comment peut-on le réaliser ?

LA CITÉ SANITAIRE ET LES ASSURANCES SOCIALES.

Depuis le 1^{er} octobre 1930 fonctionnent, en France, les assurances sociales. La loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1925 et du 30 avril 1930, couvre — outre les frais de maternité, de décès, de retraite à la vieillesse et de charges de famille — les risques de maladie et d'invalidité. Ces assurances sont obligatoires pour tout citoyen gagnant un salaire inférieur à 15.000 francs ou à 18.000 dans les villes de plus de 200.000 habitants. (Le chiffre limite est augmenté de 2.000 francs par enfant jusqu'à concurrence de 25.000 fr.). Les cotisations sont assurées en partie par l'ouvrier, en partie par le patron, et vont alimenter les caisses d'assurances.

L'article 4 de la loi concerne *l'assurance-maladie*, qui comporte le paiement partiel des frais médicaux et pharmaceuti-

ques, ainsi que des indemnités journalières, en cas d'incapacité de travail temporaire.

Il est à retenir deux paragraphes de cet article, particulièrement intéressants en ce qui concerne le dépistage et la prévention d'une maladie comme la tuberculose. Le paragraphe 9 est ainsi conçu : « L'assuré dont l'état nécessite des *soins préventifs* ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail recevra les indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur des caisses. » D'autre part, le paragraphe 11 donne à l'assuré la possibilité, même n'étant pas malade, de se soumettre à un examen médical tous les cinq ans en vue du dépistage des maladies chroniques.

Si de tels articles sont très importants concernant l'œuvre des dispensaires, l'*assurance-invalidité* est particulièrement liée aux organisations post-sanatoriales. Elle fonctionne après six mois si l'assuré est encore atteint d'une infirmité réduisant au moins aux 2/3 sa capacité de travail. Il a droit à titre provisoire, puis, après cinq ans, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension au moins égale à 40 p. 100 du salaire annuel normal.

En ce qui concerne la tuberculose, c'est généralement après six mois que le malade est susceptible de terminer sa cure sanatoriale et d'entrer dans une organisation de rééducation à la vie normale. Ainsi, l'assurance-invalidité donne un droit légal au tuberculeux de jouir de l'assistance post-sanatoriale, que la collectivité ne lui accordait jusqu'à présent que d'une façon insuffisante et par le moyen d'œuvres privées.

Mais en raison même du nombre considérable des tuberculeux en France, on a craint que la tuberculose suffirait à elle seule à épuiser les caisses d'assurances et à condamner la loi.

Briau [10], dès 1928, estimant à 300.000 le nombre des tuberculeux en France, suppose que 100.000 d'entre eux se soigneront à domicile et que 80.000 seront hospitalisés. S'il est accordé aux premiers une vacation médicale de 20 francs

par semaine, on obtient une dépense annuelle de 100 millions. Les frais d'hospitalisation des autres s'élèveront à 400 millions. En tout : 500 millions de dépenses. Or, un rapporteur de la loi estimait à 566 millions la dépense annuelle totale des frais médicaux et pharmaceutiques. Il resterait donc 66 millions seulement pour les autres maladies.

Outre que ces suppositions sont bien arbitraires, on ne voit pas pourquoi elles condamneraient la loi. Tout le monde sait que le succès de la lutte antituberculeuse est une question d'argent⁽¹⁾. « Veut-on oui ou non mettre un terme à l'horreur actuelle ? s'écrie Vaudremer. La réponse ne pouvant être douteuse, il faut aller de l'avant, quoi qu'il en puisse coûter ! »

Les 100.000 tuberculeux environ qui meurent annuellement en France entament singulièrement l'avenir vital du pays. La tuberculose provoque, en quinze ans, autant de morts que ne l'a fait en cinq années la Grande Guerre de 1914. Dans un budget d'Etat de 50 milliards, on peut, tout de même, ajouter quelques centaines de millions supplémentaires aux 14 milliards attribués aux organisations de Défense nationale, auxquelles la lutte antituberculeuse mérite d'être assimilée.

Du reste, en France, la législation des assurances sociales est trop récente pour permettre de tirer des conclusions : aucun assuré ne peut encore bénéficier, en raison du nombre insuffisant de ses cotisations, de l'assurance-invalidité.

Voyons à l'étranger.

Les *Etats-Unis* ne bénéficient pas des assurances sociales, mais possèdent une large organisation d'œuvres philanthropiques et surtout d'assurances privées. Celles-ci président au fonctionnement d'une grande entreprise de médecine préventive et sont secondées par un armement antituberculeux solide et dense, qui comprend autant de lits que de décès par

(1) Au Danemark, pays où la mortalité par tuberculose est tombée le plus bas, on dépense environ 2 francs-or par habitant pour la lutte antituberculeuse, alors qu'en France il n'est dépensé que 40 centimes-papier.

tuberculose. Aussi, depuis 1900, la diminution de la mortalité par tuberculose fut de 32 p. 100, malgré que l'augmentation de la population accusait 30 p. 100 de gain.

Au *Danemark*, la loi du 14 avril 1905 établit très largement les subventions de l'Etat pour le traitement des tuberculeux. Et, chose unique, le Danemark offre plus de lits qu'il n'y a de décès par tuberculose sur son territoire.

La *Belgique*, avec l'aide de solides et prospères mutualités, est arrivée à perfectionner largement son armement antituberculeux.

L'*Italie*, par la loi du 18 octobre 1927, a institué l'assurance obligatoire contre la tuberculose. On prévoit l'assistance de la loi pour 8 millions de travailleurs et un gain pour les œuvres contre la tuberculose de 300 millions de lire. Les cotisations sont bimensuelles et s'élèvent à une ou deux lire. Des indemnités pour charges de famille de 4 à 6 lire par jour sont prévues pour le malade. Mais les résultats ne sont pas encore publiés, et on ne peut conclure.

L'*Allemagne*, au contraire, depuis les lois de 1885 et de 1889, jouit des assurances sociales, qui lui ont permis, dès 1900, d'avoir 20.000 lits de sanatorium, chiffre auquel nous atteignons péniblement aujourd'hui. Le Code des assurances sociales du 15 décembre 1924 régit actuellement toute l'organisation antituberculeuse allemande et lui a donné un épanouissement considérable. Notons que la loi s'est spécialement attachée à la médecine préventive et qu'actuellement la clientèle des sanatoriums allemands ne peut guère se comparer à celle de nos établissements français. Grâce à l'assurance sociale, beaucoup de malades non tuberculeux, uniquement suspects, sont retenus pendant quelques mois dans un établissement de repos. Les sanatoriums reçoivent une proportion de diagnostics précoces inconnue en France. La colapsothérapie est utilisable et utilisée dans presque tous les cas. Ces tuberculeux, aux lésions si bénignes, ne demandent qu'une période de réadaptation très courte.

En 1914, la mortalité pour tuberculose est de 16,1 pour

100.000 habitants; en 1928, elle est tombée à 8,8. Le docteur Lieck, de Dantzig, pourtant hostile à la loi, reconnaît : « Seul un fou ou un être malfaisant pourra contester les progrès remarquables faits en Allemagne depuis l'application du Code des assurances sociales. »

Enfin, en *Alsace-Lorraine*, l'Institut d'assurance-invalidité possède et gère tous les sanatoriums populaires du pays.

Ainsi, chez les nations où les assurances sociales jouent d'une façon normale et depuis plusieurs années, la lutte antituberculeuse bénéficie largement, comme en Allemagne, de leur fonctionnement. Rien ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi chez nous.

Malheureusement, la rente d'invalidité accordée au tuberculeux après ses six mois de cure est ridiculement minime. Proportionnelle à son salaire antérieur, au nombre de ses cotisations, elle ne représente qu'un abandon déguisé du malade à la misère. Les divers instituts d'assurances étrangers ont été forcés de faire plus, de créer des établissements de cure et de convalescence.

Soit aux Etats-Unis, les compagnies d'assurance; soit en Belgique, les mutualités; soit en Allemagne, en Italie et en Alsace, les instituts d'assurances sociales, possèdent en toute propriété des organismes de dépistage, de cure et d'assistance aux convalescents.

La France ne peut se dérober à la nécessité d'augmenter le nombre de ses sanatoriums, et surtout les diverses œuvres post-sanatoriales, pour ne pas abandonner à un sort misérable le tuberculeux, à qui on paie une pension d'invalidité de famine.

Or, le paragraphe 4 de l'article 33 de la loi du 5 avril 1928 mentionne les dispositions suivantes : « Les caisses d'assurances peuvent également employer leur solde à créer ou développer les œuvres de maternité et de l'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriuns, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générales.

Ainsi chaque caisse pourrait, en ce qui nous concerne, posséder et diriger une œuvre post-sanatoriale, et particulièrement un village sanitaire pour les assurés tuberculeux.

Mais on conçoit que la multitude des caisses (départementales, ouvrières, patronales) ne puissent agir utilement dans ce sens que groupées et unies entre elles, suivant un plan d'ensemble approuvé en commun. Ce programme nécessite pour son élaboration la collaboration médicale d'œuvres antituberculeuses et de techniciens de la construction. Or, rien dans la loi ne prévoit cette collaboration. Ainsi qu'avec la lutte contre le taudis, les organismes officiels antituberculeux n'ont aucune liaison et aucun rapport avec les caisses d'assurances propriétaires de fonds considérables susceptibles de réaliser tout un programme de lutte contre la tuberculose. Il y a là une lacune regrettable, qui peut porter préjudice à la lutte antituberculeuse et aux caisses d'assurances elles-mêmes.

Le projet Strauss, rapporté dans son travail inaugural par Godard [31], prévoit la création, dans chaque département, d'un Office public d'hygiène sociale, qui grouperait les représentants des départements, des caisses d'assurances sociales, des syndicats médicaux et de toutes les œuvres intéressées, en particulier les œuvres antituberculeuses. Cet office gèrerait dans le département les dispensaires, les sanatoriums, les préventoriums et aussi les établissements de rééducation.

Ainsi les œuvres antituberculeuses et les caisses d'assurance sociales pourraient agir en pleine collaboration avec l'aide des autorités départementales et de techniciens pour réaliser un programme complet et unique de lutte, et en particulier la création de cités sanitaires.

Malheureusement, suivant les prévisions, les caisses ne pourront capitaliser les sommes considérables nécessaires à cette réalisation qu'à partir d'une dizaine d'années pour le moins. D'ici là ne faudra-t-il rien faire?

Il semble que l'Etat, ainsi qu'il l'a fait pour la reconstruction des départements du Nord et pour la création du village

de Salagnac, pourrait avancer les sommes nécessaires suivant des tranches inscrites au budget chaque année. Au reste, à une époque où, pour utiliser les fonds de la trésorerie improductifs et parer au chômage, l'outillage national est à l'ordre du jour, la réalisation, dans chaque département, de villages de tuberculeux, serait une solution des plus avantageuses à tous les points de vue.

LA CITÉ SANITAIRE, ŒUVRE COMPLÈTE.

La cité sanitaire nous paraît être une œuvre complète et capable de subvenir à elle seule à tous les besoins de la lutte, en particulier dans les 71 départements français dépourvus d'établissements sanatoriaux.

Par sa structure, qui comprend toujours un hôpital-sanatorium, des bâtiments de cure, des œuvres de l'enfance et des ateliers de rééducation avec logements particuliers, le village sanitaire nous paraît être, en tout, harmonieusement conditionné et répondant aux nécessités du département.

En d'autres termes, la cité sanitaire n'est pas seulement une œuvre post-sanatoriale, elle est aussi un établissement de cure et, comme Papworth, convient à tous les degrés de la tuberculose pulmonaire.

Dans les départements qui possèdent un sanatorium, le village doit s'élever à proximité et être en liaison étroite avec lui.

De plus, il importe que la cité s'étende au voisinage de la ville pour permettre aux personnes non malades de l'agglomération de ne pas quitter les occupations urbaines.

Enfin, ce programme complet de lutte contre la tuberculose, qui semble être condensé dans le village sanitaire, pourrait être entrepris par des collectivités privées : personnel de l'enseignement, des P. T. T., des chemins de fer, de la grosse industrie, etc. Leur action en faveur de leurs tuberculeux serait plus complète, plus efficace, moins coûteuse, que par la construction et l'aménagement de seuls sanatoriums tels qu'elles s'y livrent actuellement.

La cité sanitaire, étant à la fois organisme de cure, de réadaptation et de convalescence, présente des avantages matériels importants. Tout y est centralisé, et par conséquent beaucoup d'argent est économisé. Pas d'éparpillement de crédit, pas d'organe à double emploi, une liaison harmonieuse entre tous les services, voilà la source d'économies inappréciables dans une telle réalisation. Le sanatorium, l'œuvre de préservation de l'enfance, la colonie de réadaptation, ne sont pas séparés entre eux par des dizaines de kilomètres; ils n'ont pas de budgets différents, de directions particulières : tout est centralisé, simplifié, ordonné.

Si l'on suppose un père de famille soigné au sanatorium et dont on aura dirigé ses deux enfants vers des colonies de plein air, la collectivité devra dépenser journellement un minimum de 30 francs au sanatorium et de 10 francs pour chaque enfant, soit 50 francs par jour. Or, avec la moitié de dépenses, elle arriverait à faire vivre malade, femme et enfants, dans une villa de la cité sanitaire. Et, si l'on suppose que le mari puisse se remettre progressivement à travailler, quelle diminution dans les dépenses à faire par la collectivité. Or, à Papworth, chaque malade ne nécessite qu'une dépense de quelques centaines de francs par an.

Enfin, l'Etat pourrait, en outre, fournir son aide en procurant du travail aux ateliers de rééducation, en particulier pour l'impression des nombreux imprimés de ses administrations, ou pour une foule de marchandises spéciales que pourraient lui fabriquer les colons (objets de cuir pour la guerre, appareils d'orthopédie pour les pensionnés, etc.). La cité sanitaire est bien l'arme la plus économique et la plus efficace pour la lutte contre la tuberculose.

V. — *Avantages pour la lutte antituberculeuse de la création des cités sanitaires.*

L'armement antituberculeux français sera complet le jour où fonctionneront un certain nombre de cités sanitaires sur tout le territoire. Dès lors, tous les éléments qui le composent

se déchargeront de fardeaux inutiles que le manque d'organisation post-sanatoriale leur avait imposés : ils n'en auront que plus de vigueur et de chances de succès.

Voyons, pour chacun d'eux, les avantages à bénéficier de la création des cités sanitaires.

LE DISPENSAIRE.

Toute la propagande des dispensaires est enrayée par le manque d'organisation de la vie post-sanatoriale. Maintenant, plus d'impuissance ni de tare à cacher. Le dispensaire, possesseur d'une organisation complète, suffisante, attrayante, va pouvoir clamer partout les bienfaits des œuvres antituberculeuses. Il peut proposer désormais au futur malade une existence convenable après sa maladie. Dès lors, l'armement antituberculeux étant complet, la déclaration obligatoire de la tuberculose peut être instituée et apporter à la lutte la connaissance complète du mal à détruire. Avec elle, tous les moyens de propagande seront bons pour le public, et particulièrement la T. S. F. et le cinéma.

Nous donnons, à titre d'exemple, le scénario du film de Papworth :

La vie n'avait pas été douce pour Elsie French. Depuis six mois, sa mère et son père étaient morts et ne lui avaient laissé que peu d'argent. Ses ressources épuisées, elle obtint une place de gouvernante dans une famille. Robert, le fils de la maison, tomba amoureux d'elle, mais, les parents du jeune homme ne consentant pas à leur union, ils se marièrent loin d'eux.

Robert trouva une situation, mais après quelques mois tomba malade : il était atteint de tuberculose. Après un séjour au sanatorium, il revint chez lui, sa santé affaiblie. Il chercha longtemps un travail pour faire vivre sa femme et son bébé, mais ses efforts furent vains et les soucis et la fatigue le conduisirent à une rechute. Alors une infirmière visiteuse trouva une place pour Robert à Papworth.

Après quelque temps de cure sanatoriale, Robert commença à

travailler dans une des sections industrielles. Ses forces revenant et grâce à son habileté, il perçut bientôt un salaire normal. Un cottage fut loué et Elsie vint avec le bébé le rejoindre au village.

Pendant ce temps, Georges Tennant, un oncle, parti en Australie depuis des années, revint riche et sans famille en Angleterre. Ne retrouvant plus ses parents et ayant appris par hasard que sa nièce vivait dans un endroit appelé Papworth, il s'y rendit. Il reçut un accueil chaleureux et visita l'établissement industriel. Il fut émerveillé, acheta quelques produits et proposa à Robert et à sa femme de les aider. Mais ils jouissaient d'une vie fort agréable à Papworth et préféraient y rester. Alors, faisant un don au village, l'oncle Georges partit en promettant de revenir.

Si nous avons transcrit l'histoire si populairement romanesque de ce film de propagande, c'est pour montrer le souci que l'on doit toujours avoir d'attirer fortement l'attention de la masse uniquement par des moyens appropriés à sa mentalité.

Il faut que le public sache que la vie au village est agréable, qu'il y trouvera des distractions (théâtre, cinéma, sports) et un genre de vie attrayant. « Les bas de soie, les dancings, les réclames lumineuses, sont de rudes adversaires à démolir avant de faire comprendre à nos malheureux tuberculeux que les champs valent mieux pour eux que les girandoles, le mas-troquet et le phonographe. Conclusion : campagne ardente, répétée, pénétrante, pour le succès! » [73].)

Les malades viendront plus tôt au dispensaire s'ils savent désormais que, même tuberculeux, ils pourront vivre convenablement.

La famille ne sera plus disloquée et les enfants arrachés à leurs parents.

L'éparpillement des crédits ne sera plus, nous l'avons vu, la conséquence de la double enquête du dispensaire et du triage des malades.

Le dispensaire va désormais se cantonner dans sa tâche de prophylaxie et de prospection. Plus de malades à aller sur-

veiller chez eux, à soigner, à conseiller, souvent avec des résultats les plus imparfaits. Au village, le service social sera sur place, il deviendra peu à peu partie intégrante de chaque foyer, il fera une œuvre constante, efficace et complète.

LE SANATORIUM.

Par la propagande multipliée du dispensaire, qui va lui envoyer maintenant des malades à diagnostic précoce, le rendement de cet établissement va s'élever.

Le malade, qui sait désormais pouvoir retravailler sans danger pour sa santé — surtout s'il est déjà à l'hôpital-sanatorium d'une cité sanitaire — supportera d'autant mieux la vie si particulière du sanatorium. La discipline, la monotonie, tous les petits ennuis de l'existence sanatoriale, seront oubliés par le malade dans l'espoir d'aller, à son tour, trouver sa place dans le village de tuberculeux. De plus, la cure sanatoriale, elle-même, augmentera ses bienfaits chez un malade à l'esprit calme, au moral équilibré, à la pensée toujours tendue vers cette nouvelle existence qu'on va lui offrir dès sa sortie de l'établissement.

Désormais, on ne trouvera plus dans les sanatoriums de tuberculeux prolongeant indéfiniment leur cure sans profit pour eux et dans une complète oisiveté. Dès que le malade, apyrétique, sera capable de s'adonner à quelque travail, il sera renvoyé de l'hôpital-sanatorium sans hésitation ni perte de temps. Le nombre de lits disponibles augmentera, les budgets diminueront.

Surtout, le malade convalescent étant désormais surveillé et réadapté au travail selon ses forces, ne souffrira plus de rechutes et d'aggravations, qui viennent alourdir les résultats de la lutte, mais aussi encombrer supplémentairement les salles de sanatoriums. Enfin non seulement le sanatorium enlèvera du sein de la collectivité des foyers de contagion dangereux, mais encore, après lui, le tuberculeux convalescent n'ira plus semer ses bacilles au milieu des individus sains.

LES MOYENS INDIRECTS.

Si ces moyens de lutte sont particulièrement oubliés aujourd'hui dans l'œuvre antituberculeuse, la cité sanitaire offre l'avantage de les mettre en valeur de la façon la plus judicieuse.

La misère est écartée du foyer du tuberculeux, puisqu'on lui procure au village le moyen de gagner sa vie. L'alimentation dans ces agglomérations modèles sera particulièrement surveillée et saine. La surpopulation n'est pas à craindre. L'alcoolisme y sera jugulé, car il est inutile de préciser qu'aucun débit de boissons alcooliques n'y ouvrira ses portes.

Enfin, la grande question du taudis sera résolue d'une façon parfaite avec ces villas aérées, propres, saines, continuellement surveillées par le service social, avec ces rues larges, avec ces immenses étendues d'espaces libres disséminées dans le village.

Rapidement, ces cités modèles seront des exemples pour le public. Bien loin de présenter les caractères de léproserie, comme on l'a prétendu, ces villages attireront l'attention des populations voisines. Un mouvement attractif vers ces cités va se produire, qui aidera à se répandre de plus en plus les principes les plus modernes de prophylaxie et d'hygiène.

Enfin, la réalisation optima de telles cités représente de véritables expériences d'urbanisme dont les grands centres urbains et leur banlieue pourront largement profiter.

Tels sont, dépassant le cadre de la lutte antituberculeuse, les avantages ultimes de la création des cités sanitaires pour tuberculeux.

CONCLUSIONS

I. — Actuellement, l'avenir du tuberculeux et de sa famille n'est pas assuré.

Le manque d'organisations post-sanatoriales fausse les rouages de la lutte antituberculeuse :

a) Il enraye l'action de prospection et de prophylaxie du dispensaire, lui apporte un surcroît de travail et le force à disloquer la famille.

b) Il diminue le rendement des sanatoriums, à qui le dispensaire ne peut fournir des malades à diagnostic précoce et qui doit recueillir de nouveau des tuberculeux aggravés, rendus sans surveillance à la vie normale.

La lutte contre la tuberculose est, enfin, insuffisante contre les facteurs sociaux qui facilitent la contagion.

II. — Les œuvres post-sanatoriales paraissent avoir subi une évolution selon quatre périodes :

période des précurseurs;

période de Paterson;

période de la guerre;

période actuelle.

Actuellement, elles sont insuffisantes et sans idée directrice, laissées à l'initiative privée.

A. — *La réadaptation au travail en sanatorium* est très satisfaisante quand on adapte des malades comme employés de l'établissement; elle est plus difficile et délicate en ateliers.

B. — *Les colonies agricoles* tiennent plus actuellement du préventorium pour l'enfance que d'établissement de rééducation de l'adulte aux travaux des champs.

C. — *Les écoles de rééducation* ne sont pas destinées aux seuls tuberculeux à l'heure actuelle.

D. — *Les ateliers pour tuberculeux* n'existent pas en France.

E. — *Les œuvres post-sanatoriales étrangères* sont aussi peu nombreuses qu'en France et ne présentent rien de particulier.

III. — A la cité sanitaire, le tuberculeux travaille et vit au milieu des siens.

Les logements-sanatoria, le sort fait aux tuberculeux de guerre, représentent des réalisations voisines des villages sanitaires.

Les villages anglais sont les premières cités pour tuberculeux qui fonctionnent normalement.

Le projet français de Salagnac est un modèle du genre.

La réalisation de la cité sanitaire présente les avantages suivants :

1° *Travail* : avantages médical, social et moral. Il doit être utile, rémunéré, dirigé par d'anciens malades, interrompu dès l'apparition de la température.

2° *Vie familiale* : avantages médical, moral et social. Sa contagion présente peu de dangers dans les conditions de vie au village.

3° *Question financière* : la réalisation des villages sanitaires doit être exécutée par l'Etat, dans le cadre des assurances sociales et selon un plan d'ensemble.

Il importe que dans chaque département existe une liaison étroite entre les organisations antituberculeuses et les caisses d'assurances.

La cité sanitaire est une œuvre complète avec hôpital-sanatorium, œuvres de l'enfance, ateliers de rééducation professionnelle. Elle est une solution économique.

Elle convient admirablement à l'armement antituberculeux de chaque département.

La lutte contre la tuberculose, complétée par la création des cités sanitaires, fonctionnera librement, de façon efficace, et atteindra son but.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER,

Le Président,

E. LEURET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 18 mars 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARNOZAN. — *Journal de médecine de Bordeaux*. Editorial, mars 1917.
2. BANISTER. — Some psychological observations on adult male tuberculous Patient (Papworth). *The Lancet*, 5 avril 1930, p. 784.
3. BAILLET. — Village-sanatorium, sanatorium, hôpital-sanatorium. *Presse médicale*, 11 déc. 1926.
4. BARDSWELL. — Des ateliers urbains pour les travailleurs tuberculeux. *Tubercle*, sept. 1926, p. 577.
5. BERCHON. — Logements insalubres et tuberculose à Bordeaux.
6. BERNARD (Léon). — Papworth, une solution du problème social de la tuberculose. *Presse médicale*, 21 oct. 1922, p. 1757.
7. — Traité d'Hygiène, t. I, p. 653, 675. Traité d'Hygiène, t. II, p. 654, 655, 659, 660, 662, 669.
8. BEZANÇON. — La lutte antituberculeuse et son orientation nouvelle. *Courrier médical*, 18 mai 1930, p. 287.
9. BONAFÉ. — Hauteville-Lompnes. *Paris médical*, 3 janv. 1931, p. XII.
10. BRIAU. — Assurances sociales et tuberculose. *Presse médicale*, 11 janv. 1928, p. 43.
11. BRIEGER. — *Zur Physiologie der Arbeit bei Tuberkulose*. *Mediz-Klinik*, 23 nov. 1928, n° 47, p. 1819-1822. *Revue de Phtisiologie*, mars-avril 1929, p. 20.

12. BRISSAUD. — L'assistance post-sanatoriale. *Marseille médical*, t. XV, n° 20, 15 juill. 1928, p. 67.
13. BONNHORST (W.) et SENARENS. — L'assistance au tuberculeux après le sanatorium. *Bulletin de l'Office international d'Hygiène publique*, juill. 1924, n° 7, p. 909.
14. BRUNON. — Le village sanitaire. *Normandie médicale*, 1^{er} nov. 1926 (extrait d'un rapport adressé en mai 1926 à M. le Maire de Rouen).
15. BURNAND. — Travail et tuberculose. *Annexe au Bulletin du Service suisse de l'Hygiène publique*, 1920, n° 1, p. 2; n° 2, p. 19.
16. CAMPBELL (Alice). — Un bureau de placement pour les tuberculeux. *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1929.
17. CANTONNET (Paul). — Du travail chez les tuberculeux. *Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1917.
18. CHAUSSIDIÈRE. — La lutte sociale contre la tuberculose. Sa forme actuelle, ses résultats, son avenir. Le François, éditeur.
19. DAVY. — Le village sanatorium de Passy-Praz-Contant. *Paris médical*, 4 janv. 1930, p. III.
20. DELILLE (A.). — Le service social dans la lutte contre la tuberculose. *Hygiène sociale*, n° 4, 10 déc. 1928, p. 51.
21. DELSUC. — Rapport au Conseil national des Anciens combattants et victimes de la guerre, 22-23 mars 1930.
22. DIJONNEAU et THIBAudeau. — L'assistance sociale aux mutilés et infirmes. Ministère des Pensions.
23. — La rééducation professionnelle. Conférence donnée à Bordeaux le 27 nov. 1927.
24. *Dispensaires antituberculeux*. Règlement intérieur (17 mars 1928). Comité national de Défense contre la tuberculose. Masson, 1928.
25. DUMAREST. — La cure de travail chez les tuberculeux. *Bulletin médical*, 24 nov. 1909, p. 1061.
26. EVROT. — L'organisation antituberculeuse en Allemagne. *Revue de Phthisiologie*, mars-avril 1928.

27. FORESTIER. — Les Assurances sociales à l'étranger et la tuberculose. *Revue de phthisiologie*, mai-juin 1929.
29. FRENKEL (Aline). — Les œuvres post-sanatoriales. Thèse de Toulouse, 1930.
30. GELLE. — Les indications cliniques de la cure de travail chez les tuberculeux pulmonaires. Thèse de Paris, 1920.
31. GODARD. (J.). — Assurances sociales et lutte contre la tuberculose. Thèse de Paris, 1930. *Revue de phthisiologie*, mars-avril 1930.
32. GINESTOUS. — Les lois sur les habitations à bon marché et l'hygiène du logement. *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 janv. 1931.
33. GUINARD (L.). — Activité et travail au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire et chez les tuberculeux chroniques. Assemblée générale des sanatoria de Bligny, 26 mai 1922.
34. — Le Préventorium de Sillery, colonie franco-britannique d'adaptation à la vie rurale. *Revue de phthisiologie*, mars-avril 1928.
35. GUINARD (Urbain). — Hôpital-sanatorium, sanatorium-village. *Presse médicale*, 15 janv. 1927.
36. GOURDON, H. DIJONNEAU, THIBAudeau. — Le rendement professionnel des malades de guerre. Doin, 1923.
37. HAZEMANN. — Rapport sur la cité sanitaire des blessés du poumon au conseil de la F.N.B.P.G.
38. — La cité sanitaire des blessés du poumon. *Revue d'hygiène et de médecine sociale*, févr. 1932.
39. HELER. — Organisation der Tuberkulose-Bekämpfung in Deutschland. *Deutsche Med. Wochensch.*, mai 1928.
40. HIRSCHBERG. — Les logements-sanatoria. *Paris médical*, 3 janv. 1931.
41. HOCHHAUSER (Edward). — After sanatorium what? Vocational guidance. Hosp. Social Service, juillet 1927.
42. ICHOK. — L'assistance par le travail aux tuberculeux nécessiteux. *Revue philanthropique*, 15 sept. 1920, t. XLI, n. 277, p. 47.

43. ICHOK. — L'assistance obligatoire contre la tuberculose en Italie. *Presse médicale*, 24 nov. 1923, n° 94, p. 1503-1504.
44. JACQUEMIN. — Rééducation et placement des tuberculeux consolidés. *Bulletin de la Société des médecins de sanatorium*, juin 1928, p. 23.
45. LAFFORGUE, ANDRIÈRE, FRENKEL (Aline). — Les œuvres post-sanatoriales. *Progrès médical*, 30 oct. 1930.
46. LAFFORGUE. — La cure de travail chez les tuberculeux et l'orientation professionnelle de ces malades. *Toulouse médical*, n° 13, juillet 1930, p. 493.
47. LEFEBVRE. — Les logements-sanatoria. Thèse de Paris, 1925.
48. LEMOINE. — Application du Code des assurances sociales à la lutte contre la tuberculose pulmonaire en Alsace-Lorraine. *Santai-Lille*, 1927.
49. LEREBoullet et PETIT. — La tuberculose aux Etats-Unis. *Paris médical*, 5 janv. 1929.
50. LEURET. — Une œuvre à créer. *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1917, n° 3, p. 59.
51. LUMIÈRE. — Tuberculose. Contagion. Hérité. Cézanne, Lyon, 1930.
52. MILLER. — Etude sur la réadmission et les rechutes des tuberculeux. *American Review of Tuberculosis*, 1924, vol. 9, n° 6, p. 561-582.
53. PIÉCHAUD (F.). — Armement antituberculeux de la Gironde. *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 mars 1931.
54. PARISOT et SALEM. — Infection tuberculose et taudis. *Paris médical*, 7 janv. 1928.
55. PIERRET. — Le village sanatorium vu à la lumière de l'expérience britannique. *Biologie médicale*, mai 1931.
56. POIX. — Les tuberculeux et les administrations. *Revue médicale*, 21 nov. 1928.
57. — Le placement des tuberculeux pulmonaires ne ressortissant pas à un organisme d'assistance. *Paris médical*, 5 janv. 1929, p. xvi.
58. RICHLER. — Le village-sanatorium. *Revue de la tuberculose*, avril 1911, p. 105.

59. RIST. — La tuberculose. Paris, 1927.
60. ROGER et WIDAL. — Nouveau traité de médecine. Fasc. xvii, p. 300 et suiv.
61. ROLLIER. — Un centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail pour les tuberculeux chirurgicaux. *Paris médical*, 3 janv. 1931.
62. ROUX (G.). — Une école de rééducation au travail pour tuberculeux. *Presse médicale*, n° 61, 22 oct. 1919.
63. — Le placement des tuberculeux. *Bulletin de la société des médecins de sanatoria*, févr. 1929.
64. — Le traitement post-sanatorial. *Marseille médical*, 15 févr. 1931.
65. SECOUSSE et PIÉCHAUD. — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax. Rapport présenté au VII^e Congrès national contre la tuberculose, Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931. *Revue de phtisiologie*, janv.-févr. 1931.
66. SOLLIER. — Le travail des tuberculeux dans les sanatoria de Hollande. *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, t. LIII, n° 40, oct. 1931.
67. STRUTHERS et HUTT. — Ateliers pour tuberculeux. *Tubercle*, 1926, n° 7, p. 121.
68. THIBAULT. — De la nécessité d'adapter l'armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose. Thèse de Paris, 1927.
69. VARRIER-JONES. — Village settlements for the tuberculous, 1927.
70. — Village settlements for the tuberculous. Reprinted from the *Fractionner*, vol. CXXVI, p. 359-368, mars 1931.
71. — Papworth : report of the médical Director for 1930. 30 mai 1931.
72. — The economics of after cure in tuberculose from the *British journal of tuberculosis*, oct. 1930.
73. VAUDREMER. — Etude sociale et prophylactique de la tuberculose, dans *Traité d'hygiène* Martin et Bronardel, t. XXIII, p. 79 et suiv.
74. — Colonie agricole du Cannet. Cannes, 1901.

75. VIGNÉ. — De la valeur thérapeutique du travail musculaire systématisé en tuberculose pulmonaire. Thèse Montpellier, 1914.
76. VINCENT. — La tuberculose dans la classe ouvrière. Le village pour tuberculeux.
77. WOLFSOHN. — Les villages de tuberculeux en Angleterre. Thèse Paris, 1924, *Revue de phtisiologie*, janv.-févr. 1928.
78. *Home de Leysin*. — XIII^e Rapport, année 1929.
79. *Schweiz Zeitschrift für Gemeinnutzigkeit*. Zurich, déc. 1927.
80. ROUX. — La réadaptation au travail des tuberculeux. *Vers l'Avenir*, 1^{er} janv.-4^{er} mars 1931.
81. — L'avenir social des tuberculeux. Discours prononcé le 3 novembre 1929 à la réunion des Amis de Mardor.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	Page: 9
INTRODUCTION.....	41

PREMIÈRE PARTIE

La lutte actuelle contre la tuberculose.

I. — LES MOYENS DIRECTS.....	46
<i>Chapitre I. — Le Dispensaire</i>	46
A. — Son fonctionnement.....	46
B. — Sa critique.....	49
<i>Chapitre II. — Le Sanatorium</i>	26
A. — Les divers centres sanatoriaux.....	26
B. — Rendement des sanatoriums. La place du Sana dans la lutte.....	29
C. — Critique de la vie au Sana.....	31
D. — Le malade qui sort du Sana.....	36
<i>Chapitre III. — Les œuvres de préservation de l'enfance</i>	40
II. — LES MOYENS INDIRECTS.....	43

DEUXIÈME PARTIE

Les formations post-sanatoriales.

I. — PÉRIODE DES PRÉCURSEURS.....	48
II. — PÉRIODE DE PATERSON.....	51
III. — PÉRIODE DE LA GUERRE.....	55
IV. — PÉRIODE ACTUELLE.....	58
A. — La réadaptation au travail au Sana.....	59
B. — Les colonies agricoles.....	67
C. — Les écoles de rééducation.....	73
D. — Les ateliers pour tuberculeux.....	80
E. — Les œuvres étrangères.....	82

TROISIÈME PARTIE

La cité sanitaire pour tuberculeux.

	Pages
I. — LES LOGEMENTS SANATORIA.....	88
II. — LES TUBERCULEUX DE GUERRE	91
III. — LES VILLAGES ACTUELS :	
Angleterre.....	95
Allemagne.....	100
France	100
IV. — CRITIQUE DES VILLAGES ACTUELS :	
A. — Le travail.....	104
B. — La famille.....	107
C. — La question financière : cité sanitaire et assurances sociales; la cité sanitaire œuvre complète.....	109
V. — AVANTAGES POUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DE LA CRÉATION DES CITÉS SANITAIRES.....	117
CONCLUSIONS.....	123
BIBLIOGRAPHIE.....	127

